

DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER IL REPERIMENTO DEL RSPP D'ISTITUTO

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "V. Veneto"

di Caltanissetta

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____

il _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cell. _____

E-mail _____

- A) In servizio presso l'Istituto Comprensivo "V. Veneto" in qualità di _____ (docente/ATA)
_____ (materia)
- B) In servizio presso _____ in
qualità _____ (docente/ATA) _____ (materia) _____
- C) In qualità di libero professionista

Titolo di studio _____

CHIEDE

Di poter svolgere l'incarico di RSPP presso l'Istituto Comprensivo "V. Veneto" di Caltanissetta
a tal fine allega:

- Curriculum Vitae in formato europeo dal quale risulti il possesso dei requisiti culturali e professionali necessari e aggiuntivi
- Tabella di valutazione titoli culturali e professionali debitamente compilata e sottoscritta
- Dichiarazione di insussistenza

DICHIARA*(ai sensi del D.P.R. 445/2000)*

- o di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea _____
- o di godere dei diritti civili e politici;
- o di non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione di decisione di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- o di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- o che l'aliquota massima IRPEF che grava sulla propria retribuzione nell'anno corrente è _____.
- o che il mio rapporto è occasionale e per brevi periodi e non sussiste nessuna subordinazione di lavoro con l'istituzione scolastica. Dichiaro inoltre che **non sono titolare** di n. di iscrizione alla gestione separata INPS e che **non sono titolare** di Partita IVA e iscritto ad Albo Professionale
- o di essere un professionista iscritto ad albo professionale, di essere in possesso di Partita IVA e di emettere regolare fattura elettronica per il corrispettivo dovutomi

Codice Univoco I.C. "V. Veneto"

I sottoscritt_ si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo il calendario predisposto dall'Istituto;

I sottoscritto dichiara di essere a conoscenza di tutti i termini della procedura che accetta senza riserve

Luogo _____

Firma _____

Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del progetto _____

Dati anagrafici:

Il sottoscritto			
Nato a		il	
Residente in			
Indirizzo/n./cap.			
telefono		Cell	
PEC	@		
E-MAIL			
Codice fiscale			

Incarico RSPP

Data di inizio _____ data fine _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

DICHIARA

☐	Di essere DIPENDENTE DI QUESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____
--------------------------	--

☐	Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE Specificare quale. In ottemperanza al D. Lgs 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico DENOMINAZIONE: _____ Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____
--------------------------	--

☐	Di essere LAVORATORE AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA		
N° Partita IVA		Iscritto all'Albo Professionale	
Di essere iscritto alla gestione separata INPS (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4%		SI	NO
Di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo di contributo integrativo		SI	NO
Di avvalersi del regime forfetario (art. 1 c. 54-89 Legge 190/2014 – RF 19)		SI	NO
Di avvalersi del regime dei contribuenti minimi (Legge 244/07 – RF 02)		SI	NO
Esente IVA ai sensi _____		SI	NO

Soggetto a Ritenuta d'acconto del 20%	SI	NO
---------------------------------------	----	----

☐	Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE – soggetta a ritenuta d'acconto (20%)
Dichiara, inoltre, che, alla data del _____, sommando i compensi per lavoro autonomo occasionale percepiti da tutti i committenti nell'anno corrente, al netto di eventuali costi:	
☐ ha superato il limite annuo lordo di € 5.000,00 ☐ non ha superato il limite annuo lordo di € 5.000,00 ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di € _____	
Il sottoscritto si obbliga altresì a comunicare a questo Istituto scolastico, anche successivamente alla data odierna, l'eventuale superamento del limite annuo lordo di € 5.000,00	

☐	Di essere iscritto in via esclusiva alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n. 335 e quindi di essere assoggettato alle seguenti aliquote per l'anno _____	
	Collaboratori e figure assimilate	Aliquote
☐	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	34,23% (33,00 + 0,72 + 0,51 aliquote aggiuntive)
☐	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali non è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	33,72% (33,00 + 0,72 aliquote aggiuntive)
☐	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24%

☐ di aver svolto la prestazione in nome e per conto della Ditta sotto indicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso:

Ragione sociale _____

Sede legale _____ C.F./P.I. _____ Tel. _____

☐	Di essere RESIDENTE ALL'ESTERO
Identificativo estero (obbligatorio) _____	
☐ di avvalersi della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale fra Italia e stato estero di residenza _____ (allega la certificazione rilasciata dall'Autorità finanziaria estera in merito alla propria domiciliazione fiscale)	
☐ di non avvalersi della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale	

Notizie Professionali: Allegare Curriculum Vitae

Pagamento tramite Bonifico Bancario: Banca _____																											
Sigla Paese		Numeri controllo		CIN	ABI					CAB					C/C												

Il sottoscritto si impegna a:

- dare immediata comunicazione nel caso si verificchino variazioni rispetto a quanto dichiarato;
- non variare, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, quanto dichiarato, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario.

Data _____

Firma_____