**ISTITUTO ALBERGHIERO “ALFREDO SONZOGNI” VIA Bellini 54 – Nembro BG**

**DICHIARAZIONE POSIZIONE PREVIDENZIALE E FISCALE A CURA DEL COLLABORATORE**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME | NOME |
| NATO A | IL |
| RESIDENTE IN PROV. | VIA E N. CIVICO |
| C.A.P. | CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TELEFONO | E-MAIL |

**DICHIARA**

Sotto la propria personale responsabilità :

□ di essere dipendente da altra Amministrazione Statale :\_ \_

e chiede che sui compensi percepiti venga applicata l’aliquota IRPEF del %

□ di essere in quiescenza dal\_ in qualità di\_

□ di non essere dipendente da altra Amministrazione Statale.

□di essere in possesso di partita IVA nr. , in qualità di lavoratore autonomo/libero professionista e di rilasciare regolare fattura e pertanto :

□ di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo di contributo integrativo

□ di essere iscritto alla gestione separata dell’INPS (ex legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4%

□ di non essere in possesso di partita IVA e che l’attività svolta è una prestazione occasionale soggetta a ritenuta d’acconto

20% e pertanto fa presente di:

□ non percepire compensi nel corso dell’anno solare superiori a 5000 euro (anche con più committenti)

□ di non prestare attività per un periodo superiore a 30 giorni con lo stesso committente;

□ di percepire compensi nel corso dell’anno solare superiori a 5000 euro (con più committenti e quindi di essere:

□ soggetto al contributo previdenziale del 33,72 %(non avendo altra forma previdenziale obbligatoria)

□ soggetto al contributo previdenziale del 24% in quanto già assoggettata a contribuzione previdenziale

obbligatoria.

□ che l’attività svolta è una collaborazione coordinata e continuativa (lavoro a progetto) con iscrizione alla gestione separata

INPS di cui all’art.2, comma 26, L. 08/08/95, n. 335 e quindi:

□ soggetto al contributo previdenziale del 34,23% (non avendo altra forma previdenziale obbligatoria);

□ soggetto al contributo previdenziale del 24% in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria

□ di avere svolto la prestazione in nome e conto della struttura sotto indicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso: Ragione Sociale

Sede Legale\_

C.F.\_

Partita IVA\_

**MODALITA’ DI PAGAMENTO:**

□ Bonifico bancario/postale presso:

Banca

Filiale di

CODICE IBAN:

Il sottoscritto si impegna a non variare, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario, quanto dichiarato in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi.

Data

Firma

Il sottoscritto fa presente che nel corso del corrente anno solare ha effettuato le seguenti collaborazioni che hanno dato luogo a compensi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dal | al | presso | in qualità di |
| dal | al | presso | in qualità di |
| dal | al | presso | in qualità di |
| dal | al | presso | in qualità di |
| dal | al | presso | in qualità di |
| dal | al | presso | in qualità di |
| dal | al | presso | in qualità di |
| dal | al | presso | in qualità di |
| dal | al | presso | in qualità di |

Data

Firma

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs 196/2003 unitamente a copia dell’art. 7 del D.Lgs medesimo ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge con particolare riguardo a quelli così detti sensibili, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell’informativa.

Data

Firma