



REPUBBLICA ITALIANA - REGIONE SICILIANA
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE
"M. Rapisarda"
Liceo Classico - Paternò
Liceo Artistico-Architettura e Ambiente - Paternò
Liceo Scienze Umane ed Economico Sociale - Biancavilla

Via degli Studi, 1 - tel.: 095/6136650 - 95047 PATERNO
Cod. Min. CTIS01200Q - Cod. Fiscale 80012510873
ctis01200q@istruzione.it - www.istitutorapisardi.edu.it - ctis01200q@pec.istruzione.it



SCHEDA INFORMATIVA - ESPERTI ESTERNI E PERSONALE INTERNO
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritt(a), sotto personale responsabilità, dichiara e autocertifica quanto segue:

Cognome Nome _____
nato a _____ Prov. _____ il _____-_____-_____
indirizzo _____ n. _____
Comune _____ Prov. _____ cap. _____
☎ _____ - _____ - ☎ _____ - _____
C.F. _____ email: _____@_____

☐ **Personale Appartenente Ministero Pubblica Istruzione - Stato Giuridico:** ☐ a T.I. ☐ a T.D.

Qualifica: ☐ Docente ☐ D.S.G.A. ☐ A.A. ☐ A.T. ☐ C.S. ☐ Altro: _____

N. Partita: _____ - Sede di Servizio: _____

Via _____ Comune _____

☐ di essere in possesso di partita IVA n. _____, in qualità di lavoratore autonomo / libero professionista e di rilasciare regolare fattura;

☐ di non essere in possesso di part. IVA e che l'attività svolta è una prestazione occasionale, soggetta a ritenuta d'acconto;

☐ di **non superare** per l'anno 2020 la somma complessiva di €. 5.000,00 (euro cinquemila/00) per prestazioni di lavoro autonomo e/o occasionale, non assoggettate a contribuzione e conseguentemente non vi è obbligo di iscrizione alla gestione separata INPS, ai sensi della legge n. 335/1995;

☐ di **superare** per l'anno 2020 la somma complessiva di €. 5.000,00 (euro cinquemila/00) per prestazioni di lavoro autonomo e/o occasionale, quindi assoggettate a contribuzione e conseguentemente vi è obbligo di iscrizione alla gestione separata INPS, ai sensi della legge n. 335/1995;

☐ **Personale Appartenente ad altra Amm.ne Statale - Cod. Fisc. Amm.ne** _____

Amministrazione Appartenenza _____

Sede di Servizio: _____

Via _____ Comune _____

Aliquota massima: _____, 0 0 %

Modalità di Pagamento:

☐ **Bonifico Bancario:** (Dati desumibili dall'estratto conto che periodicamente la propria banca invia al domicilio dei suoi clienti)

Banca _____

Data Aut. Ente Appart. _____

Data inizio attività _____ - Data fine attività _____ - Durata ore _____

Il sottoscritt(a) esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196 e deliberazione n. 23 del 14.06.2007 del Garante per la privacy, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data, _____

Firma _____