DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE INARICATO RSPP DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO A. DI MEO – VOLTURARA IRPINA (AV) VIA DELLA RIMEMBRANZA

ALLEGATO 1

*PARTE PRIMA*

Al Dirigente Scolastico **ISTITUTO COMPRENSIVO “A DI MEO – VOLTURARA IRPINA ( AV)”**

Il/La sottoscritto/a .................................................................................................. Nato/a .............................................. il ............................................

Codice fiscale ...................................................................................................... Titolare/Rappresentante legale della ditta/società ..............................................................................

Partita IVA .......................................................................................................... Telefono ........................................... Cell. ........................................

e-mail ..............................................

Indirizzo a cui inviare le comunicazioni relative alla selezione Via .............................................. Cap. ................ Città .......................................

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l’attribuzione dell’incarico di “Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione” da svolgersi per conto dell'**ISTITUTO** **COMPRENSIVO “A. DI MEO”** di Volturara Irpina (AV), a tal fine,

- in relazione all'affidamento dell'incarico di **RSPP** da parte di codesta Amministrazione, sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole che:

 ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, comma 1, del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi in materia;

 ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000, il dichiarante e chi per esso decade dai benefici eventualmente conseguiti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere;

 ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, l'ente pubblico ha l'obbligo di effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato;

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, quanto segue:

\_ di essere cittadino/a .............................................................................

\_ di essere in godimento dei diritti politici

\_ di essere dipendente della seguente Amministrazione ............................................................................

\_ di essere e non essere dipendente di Amministrazione Pubblica

\_ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

\_ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

\_ di non essere stato destituito o dispensato da pubbliche amministrazioni

 di non essere stato dichiarato interdetto o decaduto dall'impiego pubblico

 di non essere stato inibito per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;

 di non trovarsi in condizione di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;

\_ di essere in regola con gli obblighi in materia fiscale

\_ di essere in possesso (per i dipendenti di altra scuola) della autorizzazione di massima del Dirigente Scolastico della scuola di servizio a svolgere l'attività e di essere disponibile a svolgere l'incarico secondo i tempi e le modalità del capitolato di gara.

\_ di accettare incondizionatamente la facoltà di questa amministrazione di risolvere il contratto mediante semplice comunicazione scritta in caso di inadempimento ai patti concordati ovvero di grave ritardo nell'esecuzione delle prestazioni

\_ di essere disponibile a svolgere l’incarico secondo il capitolato proposto nel bando.

\_ di aver un conto corrente bancario o postale **dedicato** (con il/i soggetto/i delegato ad operare), con il quale effettuare le operazioni contabili, ai fini della tracciabilità finanziaria prevista dall'art. 3 della Legge 13/8/2010 n. 136, modificato dal D.L. n. 187 del 12/11/2010.

 ai sensi dell'art. 4, comma 14-bis, del D.L. 13/5/2011, n. 70, convertito con modificazioni dalla legge 12/7/2011, n. 106, il possesso della regolarità contributiva di cui all'art. 2, del D.L. 210/2002, convertito dalla legge

22/11/2002, n. 266.

  **DATI ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE**: nel caso di iscrizione specificare il n. di iscrizione e l'Albo professionale

Il/La sottoscritto/a nell'autocertificare la veridicità delle informazioni fornite consente il trattamento dei propri dati, anche personali, ai sensi del D. Lg.vo 30/06/2003, n. 196, per le esigenze e le finalità dell’incarico di cui alla presente domanda.

Data ...........................

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

Firma ........................................

ALLEGATO 1

PARTE SECONDA -

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’ COLLABORATORI ESTERNI/INTERNI**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI ANAGRAFICI** (compilare sempre in stampatello e in ogni sua parte) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cognome Nome** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  |
| Data di nascita Comune (o stato estero) di nascita Provincia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| Codice fiscale Codice identificativo estero | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | |  |
| N°  Indirizzo civico Telefono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | | |  |
| Comune (o Stato estero ) di residenza C.A.P. Provincia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |  |  |
| **Domicilio fiscale (solo se diverso dal precedente)**  N°  indirizzo civico Telefono  Comune (o Stato estero) di residenza C.A.P. Provincia  Email Fax | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'**

q di svolgere l’attività a titolo gratuito:

q essere titolare del seguente numero di partita IVA

q di essere iscritto all'albo o elenco professionale

q di essere iscritto alla cassa o ente previdenziale

q di svolgere la seguente professione

q **se residente estero**

**○ di avvalersi ○ non avvalersi della Convenzione per evitare la doppia imposizione tra Italia e Stato Estero di residenza ( )** i collaboratori residenti all'estero che si avvalgono della Convenzione per evitare la doppia imposizione, devono allegare la certificazione rilasciata dall' Autorità finanziaria estera in merito alla propria domiciliazione fiscale o residenza.

Identificativo estero obbligatorio:

q **DI ESSERE *dipendente della Scuola o di altra Amministrazione Statale*** (indicare la scuola da cui dipende o altra amministrazione statale da cui dipende):

con la qualifica di

con contratto: [ ] tempo indeterminato [ ] tempo determinato dal al

Per la rilevazione ai fini dell'**anagrafe delle prestazioni** dei pubblici dipendenti, di cui all'art. 53 D. Lgs. 30,03,2001, n. 165, deve essere allegata la preventiva autorizzazione dell'Amministrazione Pubblica di appartenenza (salvo attività di formazione del personale). I dati dell'Amministrazione Pubblica di appartenenza a cui inviare la comunicazione dei compensi percepiti sono:

Denominazione:

Indirizzo:

e-mail:

retribuito da

aliquota massima Irpef da applicare

(desumibile dal cedolino dello stipendio) %

**DICHIARAZIONE DI TITOLARITA’ DI POSIZIONE CONTRIBUTIVA AI FINI PREVIDENZIALI**

In relazione all'incarico in corso di perfezionamento con codesto Ente, per il periodo dal al e consistente nella seguente prestazione: nell'ambito del PROGETTO:

per ore:

DICHIARA, sotto la propria e personale responsabilità, che la prestazione rientra:

**OPZIONE 1. INCARICO PRESTAZIONE PROFESSIONALE con rilascio di regolare fattura (si ricorda l’obbligo di fattura elettronica) in quanto libero professionista/lavoratore autonomo:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| n. partita IVA | | | | | | | | | | | | Iscritto all'Albo Professionale (specificare  Albo) | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| ADDEBITO RIVALSA INPS  4% (SI o NO) | | | | CASSA PROFESSIONALE (INDICARE NOME CASSA E %) | | | | | RITENUTA  DI ACCONTO  20% (SI o NO) | | | Assoggettata a INVA indicare la percentuale  % (indicare aliquota)  o **in caso di esenzione** indicare ai sensi di art. (**specificare**) D.P.R.  633/72 | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| (barrare le caselle interessate) | | | | | | | | | | | | | | |
| SI AVVALE DEL REGIME FORFETARIO (art. 1 co. 54-89 Legge 190/2014 -RF19) | | | | | | | | | | | | | SI | NO |
| SI AVVALE DEL REGIME DEI CONTRIBUTI MINIMI (art. c. 96-117 L. 244/07) – RF 02 | | | | | | | | | | | | | SI | NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ESENTE IVA AI SENSI ART. 10 COMMA 18 DPR 633/72 | SI | NO |
| ALTRO (specificare) …............................................................. |
| SOGGETTO A RITENUTA D'ACCONTO | SI | NO |

**OPZIONE 2.- INCARICO DI PRESTAZIONE OCCASIONALE DI LAVORO AUTONOMO**

**(“Redditi diversi” di cui all'art. 67, comma 1, lettera I, del TUIR)**

In relazione a quanto disposto dall'art. 44, c. 2, legge 326/2003, in merito all'iscrizione alla Gestione Separata di cui all'art. 2, comma 26 della legge 8 agosto 1995, n. 335 – **dichiara di avere un reddito derivante da lavoro autonomo occasionale percepito anche da altri committenti, nel corso dell'anno solare in corso, alla data del:**

pari ad euro

*compilare la tabella sottostante indicando i dati di pertinenza alla situazione contributiva personale – barrando opportunamente le caselle -*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | Di **non essere** soggetto/a al regime contributivo delle opzioni 1 e 2 – trattasi di compensi derivanti da prestazioni occasionali **inferiori a € 5.000,00** (cinquemila) | |
| □ | **Di essere soggetto/a al regime contributivo di cui all'opzione 2,** pur svolgendo una prestazione occasionale, avendo già percepito, per l'anno fiscale in corso, compensi derivanti da prestazioni occasionali per un importo lordo dipendente totale **uguale o superiore a 5.000,00 euro** (NOTA BENE: **non rientrano** nel conteggio del limite di  5.000,00 euro i redditi derivanti da contratti di collaborazione coordinata e continuativa, da contratti a progetto e da rapporti di lavoro subordinato);  **importo lordo già percepito per prestazioni occasionali nell'anno fiscale in corso** :  euro , | |
| ○ | Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del % (soggetto non assicurato presso altre forme pensionistiche obbligatorie) |
| ○ | Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del % (soggetto titolare di pensione o iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria (indicare quale (…………………….) |
| ○ | Non soggetto a contribuzione per reddito superiore al massimale di € 100.324,00 (anno solare in corso - 2017) |

Il sottoscritto/a **si impegna a dare immediata comunicazione** nel caso si verifichino variazioni della propria situazione suindicata.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODALITA’ DI PAGAMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COORDINATE BANCARIE IN FORMATO IBAN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ID NAZ | | CIN EUR | | CI N | ABI | | | | | CAB | | | | | | CONTO | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CODICE SWIFT (BIC) OBBLIGATORIO PER CONTO CORRENTE ESTERO | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISTITUTO BANCARIO/POSTE (specificare la denominazione) | | | | | | | | | | | | INDIRIZZO | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

***I****nformativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 (Codice Privacy)* Ai sensi e per gli effetti dell’art.13 del D.Lgs. 196/2003, riguardante “le regole generali per il trattamento dei dati”, si informa che tutti i dati personali, forniti dal Collaboratore o acquisiti direttamente dall’Istituzione Scolastica saranno oggetto di trattamento da parte dell'Istituto Comprensivo ai sensi del D.Lvo n. 196/03 e delle normative vigenti. I dati personali forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità della scuola, che sono quelle relative all'istruzione e alla formazione degli alunni e quelle amministrative ad esse strumentali, incluse le finalità di instaurazione e gestione dei rapporti di lavoro di qualunque tipo e quelle relative alla conclusione di contratti di fornitura di beni e/o servizi, così come definite dalla normativa vigente. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto potrà comportare la mancata prosecuzione della fase precontrattuale o la mancanza o parziale esecuzione del contratto. Il trattamento dei dati viene effettuato attraverso il sistema informatizzato e mediante archivi cartacei. Il titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico, quale rappresentante legale dell'Istituto. Incaricati del trattamento sono il Direttore SGA e gli assistenti amministrativi addetti. L'Istituto adotta idonee misure di sicurezza per ciò che concerne la conservazione e la custodia dei dati. I dati possono essere comunicati ad amministrazioni di enti pubblici in applicazione di norme di legge o di regolamento e, comunque, in esecuzione di fini istituzionali. La comunicazione a privati o enti pubblici economici e la diffusione avverranno solo in esecuzione di norma di legge e di regolamento. Al soggetto titolare dei dati sono riconosciuti tutti i diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003.

Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALIQUOTE PER CATEGORIA** | **ISCRITTI AD ALTRA GESTIONE PREVIDENZIALE O PENSIONATI** | **ISCRITTI ALLA GESTIONE SEPARATA TITOLARI DI PARTITA IVA** | **ISCRITTI ALLA GESTIONE SEPARATA NON TITOLARI DI PARTITA IVA** |
| Aliquota previdenziale | 24%, fino al previsto massimale della base imponibile | 25%, fino al previsto massimale della base imponibile | 32%, fino al previsto massimale della base imponibile |
| Aliquota contributiva | NO | 0,72%, fino al previsto massimale della base imponibile | 0,72%, fino al previsto massimale della base imponibile |
| Contribuzione totale | 24%, fino al previsto massimale della base imponibile | 25,72%, fino al previsto massimale della base imponibile | 32,72%, fino al previsto massimale della base imponibile |

Firma