

Dichiarazione sostitutiva
DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

OGGETTO: Conferimento incarico di Collaborazione professionale

Il Sottoscritto ANDREA FICANO nato a _____ il _____,

residente a _____ cap _____ via _____ n° _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di non essere dipendente di una pubblica amministrazione;

di essere dipendente della seguente pubblica amministrazione _____ e di aver richiesto ed ottenuto la prevista autorizzazione ex art.53 del D.Lsg.165/2001, di cui si allega copia;

di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità per il conferimento dell'incarico ;

Di essere esercente attività di lavoro autonomo occasionale con un reddito presunto per l'anno 2018, relativo a tale attività e comprensivo dell'importo di cui all'oggetto(*):

inferiore a € 5.000,00 (cinquemila/00), pertanto non soggetto a ritenute previdenziali di cui alla Gestione Separata Inps prevista dalla Legge 335/95;

superiore a € 5.000,00 (cinquemila/00) e non superiore ad € 99.034,00 (novantanovemilatrentaquattro//00), pertanto soggetto a ritenute previdenziali di cui alla gestione separata INPS prevista dalla Legge 335/95 sulla parte che eccede € 5.000,00 pari a _____ (**)

e con l'aliquota successivamente indicata:

27,72% in quanto non assicurato presso altre forme pensionistiche obbligatorie;

20,00% in quanto provvisto di altra forma pensionistica obbligatoria (specificare quale:.....),oppure titolare di pensione (diretta o indiretta);

superiore a € 99.034,00 (novantanovemilatrentaquattro//00), pertanto non soggetto a nessuna ritenuta previdenziale di cui alla gestione separata INPS prevista dalla Legge 335/95.

Si impegna, inoltre, a comunicare eventuali variazioni che si verificheranno nel corso dell'incarico.

Lecce, lì 18/04/2018

Firma del garante (per esteso e leggibile)

(***) Autorizza inoltre l'applicazione sul compenso da corrispondere della seguente aliquota fiscale _____;

Autorizza l'accredito delle competenze sul seguente c/c n. _247980 presso la Banca

_____ CAB _____ ABI _____ CIN _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

N.B. 1) Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 455; 2) La firma non va autenticata, né deve essere necessariamente apposta in presenza del funzionario dell'Ente che ha richiesto la presente autocertificazione se alla presente dichiarazione viene allegata una copia del documento di riconoscimento.

(*) In caso di mancata o incompleta selezione sarà applicato d'ufficio il contributo previdenziale nella misura del 26,72%

(**) Indicare la quota della prestazione occasionale indicata in oggetto da assoggettare al contributo previdenziale

(***) In caso di mancata indicazione dell'aliquota fiscale sarà applicata d'ufficio l'aliquota del 20%