**LAVORO AUTONOMO**

**Professionisti e Attività occasionali**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione per inquadramento fiscale e previdenziale**

**(ai sensi dell’art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni)**

Il/la sottoscritto/a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_

con riferimento all’incarico di lavoro autonomo del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

avente ad oggetto l’espletamento della seguente attività:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**consapevole che le dichiarazioni false e mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,**

**DICHIARA**

🞎 di non essere dipendente della Pubblica Amministrazione

🞎 di essere dipendente della Pubblica Amministrazione

**LAVORATORE DIPENDENTE DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

(da compilare obbligatoriamente solo se si è barrata l’ipotesi di essere dipendente della P.A.)

II/La sottoscritto/a dipendente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara sotto la propria responsabilità di essere:**

(*barrare con una x l’ipotesi che interessa e sottoscrivere*)

* Lavoratore dipendente, con conferimento di incarico dalla propria Amministrazione in relazione alla propria carica e/o qualifica e non a titolo personale, per cui nella fattispecie tali compensi rientrano in quelli assimilati al lavoro dipendente (ex art. 50, 1° comma, lett. b), DPR 917/1986), fuori dal campo di applicazione IVA e non possono in nessun caso essere definiti di lavoro autonomo. Allega documentazione relativa al conferimento dell’incarico.
1. Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Lavoratore dipendente autorizzato dalla propria Amministrazione per l’incarico in corso di perfezionamento in quanto esperto ed a titolo personale. Allega autorizzazione all’incarico dell’Amministrazione di appartenenza e sottoscrive la Sezione sottostante “Posizione fiscale per collaboratori occasionali”.
1. Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Lavoratore dipendente esonerato dall’autorizzazione per il conferimento di incarichi in quanto esperto ed a titolo personale, rientrante in una delle fattispecie di esonero previste dall’art. 53, punto 6, D.Lgs. 165/2001. Allega attestazione di esonero rilasciata dalla propria Amministrazione o altra documentazione probatoria della causa di esenzione e sottoscrive la Sezione sottostante “Posizione fiscale per collaboratori occasionali”.
1. Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inoltre,

**DICHIARA**

di trovarsi nella seguente posizione:

1. **LIBERO PROFESSIONISTA CON CASSA DI PREVIDENZA**

Professionista (art. 53, comma 1, D.P.R. 917/86), la cui la prestazione d’opera richiesta rientra nell’oggetto tipico della propria professione abituale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto all’Albo dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e pertanto di essere iscritto, ai fini previdenziali, alla Cassa di Previdenza dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con l’obbligo di rilascio di fattura ai sensi del D.P.R. 633/72, e con rivalsa del 2% e/o del 4% e/o del 5%. Dichiara, altresì, che l’I.R.A.P. ed i contributi assicurativi sono a totale carico del sottoscritto ed in tal senso libera l’Ente committente da obbligo al proposito.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **LIBERO PROFESSIONISTA SENZA CASSA DI PREVIDENZA**

Professionista, (art. 53 comma 1, D.P.R. 917/86), la cui prestazione d’opera richiesta rientra fra le normali prestazioni oggetto della sua attività professionale abituale, non iscritto in alcun Albo Professionale e senza Cassa di Previdenza e pertanto tenuto all’iscrizione alla gestione separata INPS, con facoltà di rivalsa del 4%, con attività professionale svolta in forma abituale anche se non esclusiva, con obbligo di rilascio di fattura ai sensi del D.P.R. 633/72. Dichiara, altresì, che l’I.R.A.P. ed i contributi assicurativi sono a totale carico del sottoscritto ed in tal senso libera l’Ente committente da obblighi al proposito.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **LIBERO PROFESSIONISTA SOGGETTO AL REGIME FORFETTARIO**

Professionista (art. 53, comma 1, D.P.R. 917/86), la cui la prestazione d’opera richiesta rientra nell’oggetto tipico della propria professione abituale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto all’Albo dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e pertanto di essere iscritto, ai fini previdenziali, alla Cassa di Previdenza dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con l’obbligo di rilascio di fattura ai sensi del D.P.R. 633/72, e con rivalsa del 2% e/o del 4% e/o del 5%. Dichiara ai fini dell’imposta sul valore aggiunto che lo stesso essendo soggetto al regime forfettario previsto dalla legge 190/2014 e ss.mm.ii è escluso dal diritto di rivalsa e detrazione Iva, pertanto la fattura non reca l’addebito dell’imposta; ai fini dell’imposta sui redditi che il sottoscritto assoggetterà il compenso all’imposta sostitutiva IRPEF, senza obbligo per l’Ente committente di operare ritenute fiscali. Dichiara, altresì, che è esonerato dall’I.R.A.P. e che i contributi assicurativi sono a totale carico del sottoscritto ed in tal senso libera l’Ente committente da obbligo al proposito.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **LAVORATORE OCCASIONALE art. 67 comma1 lett. L del Tuir**

Soggetto non esercente attività professionale abituale o di lavoro autonomo (art. 53 T.U.I.R.) in generale e pertanto di effettuare la prestazione senza requisito di abitualità, continuità e professionalità in forma del tutto occasionale e di non essere tenuto all’emissione di fattura ai sensi del D.P.R. 633/72, ma di regolare ricevuta

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AGLI EFFETTI DELL’APPLICAZIONE DEL CONTRIBUTO PREVIDENZIALE I.N.P.S. IL SOTTOSCRITTO CONFERMA QUANTO SOPRA ESPOSTO E**

**DICHIARA**

Che dal \_\_/\_\_/2018 a tutt’oggi non ha superato il limite di reddito di €. 5.000,00 quindi ai sensi dell’art. 44, comma 2, della legge 326/2003 non è obbligato all’iscrizione alla gestione separata INPS.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Che avendo superato nel corso dell’anno 2018 il limite di reddito di €. 5.000,00 ai sensi dell’art.44, comma 2, della legge 326/2003 ha provveduto/provvederà all’autodenuncia presso la Sede competente INPS.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o di trattamento pensionistico anche di reversibilità. Aliquota INPS 33,72%

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o pensione indiretta o di reversibilità (Aliquota INPS 24%)

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essere titolare di pensione diretta. (Aliquota INPS 24%)

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se titolare di copertura previdenziale obbligatoria, indicare la cassa di appartenenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infine,

**CHIEDE**

Che i pagamenti emessi a proprio favore dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vengano liquidati mediante:

(barrare la modalità richiesta, specificando gli ulteriori dati)

|  |
| --- |
| * assegno non trasferibile;
* accredito su conto corrente intestato, intrattenuto presso l’Istituto bancario/Banco Posta:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Agenzia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_\_, COMUNE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice IBAN: |
| **Paese** | **Check** | **CIN** | **ABI** | **CAB** | **numero conto** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione dovesse intercorrere in riferimento a quanto sopra dichiarato.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preso atto dell’informativa resa ai sensi della normativa di cui al Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) per la protezione dei dati personali il/la sottoscritto/a dà il consenso al trattamento dei propri dati personali per l’esecuzione di tutte le operazioni connesse all’espletamento del rapporto di lavoro, nonché per le finalità statistiche, e si riserva il diritto di verificare, rettificare o cancellare i propri dati.

Luogo \_\_\_\_\_\_, Data \_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_