

Allegato I

|                                                                                   |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <b>ISTITUTO COMPRENSIVO ad INDIRIZZO MUSICALE</b><br><b>"GIUSEPPE VASI" - CORLEONE</b><br>Sede CTI Distretto 40 – Punto di erogazione CPIA PA2<br>Via Don Giovanni Colletto (Largo Dott. Angelo Badami)<br>C.F. 97326700826 - Codice Meccanografico PAIC8A900V<br>Tel. 091/84524320 – 0918467892 - FAX 091/8468154<br>PEC: <a href="mailto:paic8a900v@pec.istruzione.it">paic8a900v@pec.istruzione.it</a> - E-Mail: <a href="mailto:paic8a900v@istruzione.it">paic8a900v@istruzione.it</a> -<br>Web: <a href="http://www.icvasicorleone.edu.it">www.icvasicorleone.edu.it</a> |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

**OGGETTO: FONDI STRUTTURALI EUROPEI – Programma Nazionale “Scuola e competenze” 2021-2027 – Priorità 01 – Scuola e competenze – Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) – Obiettivo Specifico ESO4.6:** Promuovere la parità di accesso e di completamento di un'istruzione e una formazione inclusiva e di qualità - **Azione ESO4.6.A4:** Inclusione e contrasto alla dispersione scolastica – **Sotto-azione ESO4.6.A4A:** Interventi di ampliamento del tempo scuola, di inclusione, di riduzione dei divari di apprendimento e territoriali, di contrasto alla dispersione scolastica, inclusi percorsi di motivazione allo studio. Interventi per gli studenti con BES o in situazione di disabilità (iniziative multi-disciplinari e multi-culturali, recupero degli apprendimenti) – Interventi di cui al decreto del Ministro dell'istruzione e del merito dell'11 maggio 2026, n. 79 – Avviso Pubblico AOOGABMI prot. n. 112894 dell'11/05/2026 – “Percorsi per il potenziamento delle competenze, l'inclusione e la socialità nel periodo di sospensione estiva delle lezioni negli anni scolastici 2025- 2026 e 2026-2027”, c.d. Piano Estate 2026-2027

Titolo del Progetto [Estate: non perdiamoci di vista]  
 Codice identificativo Progetto [ESO4.6.A4.A-FSEPN-SI-2026-982]  
 C.U.P. [I64D26002330007]

#### AI DIRIGENTE SCOLASTICO

All'Albo d'Istituto  
 Alla Trasparenza  
 Atti FSE+ PN Scuola e competenze 2021\_2027

Sito web: [www.icvasicorleone.edu.it](http://www.icvasicorleone.edu.it)  
 Fondi Strutturali Europei - Programma Nazionale  
 “Scuola e competenze 2021\_2027”

Priorità 1 – Scuola e competenze – Fondo Sociale Europeo PLUS (FSE+)  
 “Percorsi educativi e formativi per il potenziamento delle competenze, l'inclusione  
 e la socialità” ( DM 79 del 11/05/2026) Piano estate

|                |                                                                                                                                                                |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SCHEDA NOTIZIE | nell'ambito del <b>Progetto: “Programma Nazionale “PN Scuola e competenze 2021-2027”, Decreto del Ministro dell'istruzione e del merito 11/05/2026, n. 79”</b> |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Dati anagrafici:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ - e-mail \_\_\_\_\_.

#### Incarico di:

Referente/Delegato Pulrime

Referente/Delegato esterno

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, **DICHIARA**

☐ **Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE** Specificare quale. In ottemperanza al D. Leg.vo 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico.

Denominazione: \_\_\_\_\_

Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) \_\_\_\_\_

☐ **Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA**

| N° Partita IVA | Isritto all'albo professionale |
|----------------|--------------------------------|
|                |                                |

|                                                                                                                                                                              |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Di essere iscritto alla <b>gestione separata dell'INPS</b> (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con <b>addebito a titolo di rivalsa del 4%</b> .                          | SI | NO |
| Di essere iscritto alla <b>cassa di previdenza del competente ordine professionale</b> e di emettere fattura con addebito del <b>2% a titolo di contributo integrativo</b> . | SI | NO |
| Di avvalersi del regime forfetario (art. 1 c. 54-89 Legge 190/2014 – RF 19)                                                                                                  | SI | NO |
| Di avvalersi del regime dei contribuenti minimi (Legge 244/07) – RF 02)                                                                                                      | SI | NO |
| Esente IVA ai sensi _____                                                                                                                                                    | SI | NO |
| Soggetto a Ritenuta d'acconto del 20%                                                                                                                                        | SI | NO |

☐ **Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE** - soggetta a ritenuta d'acconto (20%)

Dichiara, inoltre, che, alla data del \_\_\_\_\_, sommando i compensi per lavoro autonomo occasionale percepiti da tutti i committenti nell'anno corrente, al netto di eventuali costi:

☐ **ha superato** il limite annuo lordo di € **5.000,00**

☐ **non ha superato** il limite annuo di € **5.000,00** ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di € \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto si obbliga altresì a comunicare a questo istituto scolastico, anche successivamente alla data odierna, l'eventuale superamento del limite annuo lordo di € 5.000,00.

☐ **Di essere** iscritto/a in via esclusiva alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi di essere assoggettato/a alle seguenti aliquote per l'anno **2018**

**COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI:**

| Collaboratori e figure assimilate                                                                                                                               | Aliquote                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL     | <b>34,23%</b><br>(33,00 + 0,72 + 0,51 aliquote aggiuntive) |
| <input type="checkbox"/> Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali non è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | <b>33,72%</b><br>(33,00 + 0,72 aliquote aggiuntive)        |
| <input type="checkbox"/> Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria                                                   | <b>24%</b>                                                 |
| Liberi professionisti                                                                                                                                           | Aliquote                                                   |
| <input type="checkbox"/> Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie                                                                 | <b>25,72%</b><br>(25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva)    |
| <input type="checkbox"/> Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria                                                   | <b>24%</b>                                                 |

☐ di avere svolto la prestazione in nome e conto della Ditta sotto indicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso.

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ C.F./P.I. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                    | <b><u>Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO</u></b> |
| Identificativo estero (obbligatorio) _____                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> di <b>avvalersi</b> della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale tra Italia e stato estero di residenza _____ (allega la certificazione rilasciata dall'Autorità finanziaria estera in merito alla propria domiciliazione fiscale); |                                               |
| <input type="checkbox"/> di <b>NON avvalersi</b> della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale                                                                                                                                                                |                                               |

| Pagamento tramite Bonifico Bancario: Banca _____ |                     |  |     |     |  |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|---------------------|--|-----|-----|--|--|--|-----|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| Sigla paese                                      | Numeri di controllo |  | CIN | ABI |  |  |  | CAB |  |  |  | C/C |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                  |                     |  |     |     |  |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |

Il sottoscritto si impegna a:

- dare immediata comunicazione nel caso si verifichino variazioni rispetto a quanto dichiarato;
- non variare, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, quanto dichiarato, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario.

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

Firma

\_\_\_\_\_