**CANDIDATURA AVVISO DI SELEZIONE PER CONFERIMENTO INCARICO PROFESSIONALE DI ESPERTO ESTERNO PER L’ATTUAZIONE DELLE ATTIVITA’ DI RINFORZO E POTENZIAMENTO PREVISTE DAL “PIANO SCUOLA ESTATE”**

**(D.L. n. 41- Art. 31 c.6 del 22/03/2021)**

Alla Dirigente Scolastica dell’Istituto Comprensivo “GROSIO-GROSOTTO-SONDALO”

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a alla procedura di selezione di cui alle premesse in qualità di esperto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Progetto n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la realizzazione delle attività previste dal “Piano Scuola Estate” a.s. 2020/2021.

A tal fine, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni, dichiara di:

*  essere in possesso della cittadinanza **ITALIANA**;
*  godere dei diritti civili e politici;
*  non avere riportato condanne penali ed essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
*  essere in possesso **di tutti i requisiti richiesti dall’avviso pubblico di selezione**;
*  di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D.L. 196/2003).

**Attribuzione del punteggio titoli:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Punteggio**  | **Autodichiarazione Specificare il titolo/incarico**  | **Valutazione Ufficio** |
| Diploma di Laurea Magistrale  |   | 20 punti  |  |  |
| Diploma di Laurea Triennale  |   | 15 punti  |  |  |
| Iscrizione al corso di Scienze della formazione o dell’educazione |  | 10 punti |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Titoli culturali alternativi o aggiuntivi riferiti alla specifica attività  | punti 1 per ciascun titolo  | Max 5 punti  |  |  |
| Certificazione linguistica B1 |  | 3 punti |  |  |
| Certificazione linguistica B2 |  | 5 punti |  |  |
| Periodo di soggiorno all’estero | punti 2 per ciascun semestre | Max 4 punti |  |  |
| Pregresse analoghe esperienze nel settore scuola  | punti 1 per ciascun semestre | Max 5 punti  |  |  |

Allega:

* curriculum vitae in formato europeo;
* altra documentazione utile alla valutazione (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

 Alla Dirigente Scolastica dell’Istituto Comprensivo “GROSIO-GROSOTTO-SONDALO”

**DICHIARAZIONE SULL’INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA’**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l’incarico indicato

a) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall’ Amministrazione

b) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall’art.53 del D.Lgs.n. 165/2001 e successive modifiche

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell’art. 20 del predetto d.lgs. n. 39/2013.

\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

**DICHIARAZIONE DI INCARICHI IN ESSERE**

Il/La sottoscritto/a in qualità di esperto esterno per l’espletamento dell’incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_contratto prot. n.\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell’art. 15 comma 1 punto c) d.lgs 33/2013;

***DICHIARA***

Di non essere titolare di incarichi/cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA e di non svolgere attività professionali alla data dell’incarico sopra citato

di essere titolare dei seguenti incarichi/cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA o di svolgere attività professionali alla data dell’incarico sopra citato come di seguito indicato:

INCARICHI E CARICHE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Soggetto Conferente | Tipologia incarico | Periodo di riferimento |
|  |  |  |
|  |  |  |

ATTIVITA’ PROFESSIONALI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attività | Soggetto | Periodo di riferimento |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Scheda esperto esterno****Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà****(Art. 47 DPR 28/12/2000, n° 445)** |

Al Dirigente Scolastico

***Dati anagrafici:***

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

***Titolo progetto / incarico*:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data di inizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**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 | Iscritto all’albo professionale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Di essere iscritto alla **gestione separata dell’INPS** (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con **addebito a titolo di rivalsa del** **4%**. | SI | NO |
| Di essere iscritto alla **cassa di previdenza del competente ordine professionale** e di emettere fattura con addebito del **2% a titolo di contributo integrativo**. | 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 **2021****COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI**: |
| **Collaboratori e figure assimilate** | **Aliquote** |
|  | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali **è prevista** la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | **34,23%**(33,00 + 0,72 + 0,51 aliquote aggiuntive) |
|  | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali **non è prevista** la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | **33,72%**(33,00 + 0,72 aliquote aggiuntive) |
|  | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | **24%** |
| **Liberi professionisti** | **Aliquote** |
|  | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie | **25,98%**(25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva+0,26 Iscro) |
|  | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | **24%** |

 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Di essere \*RESIDENTE ALL’ESTERO** |
| Identificativo estero (obbligatorio) |  |
| * **di avvalersi** 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).;
 |
| * **di NON avvalersi** della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale
 |

|  |
| --- |
| **Notizie Professionali:** Allegare Curriculum Vitae |

|  |
| --- |
| **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

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