

**RAPPORTI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA
SOGGETTI RESIDENTI NEL TERRITORIO DELLO STATO ITALIANO**

MODULO DA UTILIZZARE ESCLUSIVAMENTE DAI SEGUENTI SOGGETTI:

- DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO OVVERO DETERMINATO NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
- DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO OVVERO DETERMINATO NEL SETTORE PRIVATO
- SOGGETTI INOCCUPATI
- TITOLARI DI PENSIONE (diretta, indiretta ovvero di reversibilità)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____
il _____ residente in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
CAP _____, Tel. _____ Cell. _____, email. _____
CF. _____ Stato Civile: _____ Titolo di Studio: _____

Professione: _____ (*)

Cittadinanza _____, con domicilio fiscale in _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____,

(*) indicare se: DIPENDENTE PUBBLICO oppure DIPENDENTE PRIVATO oppure INOCCUPATO oppure PENSIONATO

in relazione al conferimento dell'incarico di:

da svolgersi a _____, Settore _____,

con data inizio attività _____ e data fine attività _____

in qualità di: **Collaboratore Coordinato e Continuativo** con un compenso prestabilito di:

Euro _____, _____ (_____) da erogarsi in:

unica soluzione **rate mensili** **rate bimestrali** **rate trimestrali** **rate quadrimestrali** **rate semestrali**

N.B.: Agli effetti dell'applicazione della ritenuta I.R.P.E.F. il sottoscritto chiede espressamente l'applicazione dell'ALiquota MARGINALE IRPEF nella misura del: _____ % in luogo di quella progressiva per scaglioni di reddito.

(Obbligatoria per: Dipendenti Pubblici, Dipendenti Privati e Titolari di Pensione)

DICHIARA - sotto la propria personale responsabilità :

di essere/non essere contemporaneamente titolare di altro rapporto di collaborazione coordinata e continuativa.

FIRMA _____

(Barrare solo le voci che interessano):

A	COLLABORATORE COORDINATO E CONTINUATIVO senza vincolo di subordinazione (<i>ex Art.50 primo comma lettera c-bis) DPR. 917/1986</i>) con prestazioni non rientranti nei compiti istituzionali contrattualmente definiti di lavoratore dipendente e non rientranti nell'oggetto della professione eventualmente ed abitualmente svolta.
(RISERVATO AI LAVORATORI DIPENDENTI DI PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI) (OBBLIGO DI NULLA-OSTA ovvero DI RICHIESTA ALLA PROPRIA AMMINISTRAZIONE) (Anagrafe delle prestazioni rese dal personale delle Pubbliche Amministrazioni articolo n. 24 legge 421/91 - articolo 58 D.LGS. 29/1993 e successive modificazioni e integrazioni).	
Ente di appartenenza _____	

Indirizzo _____	
CAP _____ CITTA' _____ TELEFONO _____	
B	Lavoratore dipendente, incaricato dal proprio datore di lavoro in relazione alla propria carica e/o qualifica e non a titolo personale, per cui nella fattispecie tali compensi rientrano tra quelli assimilati al lavoro dipendente <u>(ex art. 50, primo comma, lettera b), DPR 917/1986)</u> fuori dal campo di applicazione I.V.A. e non possono in nessun caso essere definiti di lavoro autonomo, <u>(allega lettera di incarico e di nomina dell'Ente di appartenenza).</u>

FIRMA _____

AGLI EFFETTI DELL'APPLICAZIONE DEL CONTRIBUTO PREVIDENZIALE I.N.P.S. LEGGE 335/95, ART. 2, COMMI DA 25 A 32, IL SOTTOSCRITTO CONFERMA QUANTO SOPRA ESPOSTO E DICHIARA:

RISERVATO AI SOGGETTI DI CUI ALLA PRECEDENTE LETTERA "A"

(Barrare solo le voci che interessano):

<u>1</u>	Che ha superato il limite dei 65 (sessantacinque) anni di età anteriormente al 31 Marzo / 30 Giugno 2001 ed ha già richiesto prima di allora, durante il periodo transitorio quinquennale di vigenza delle disposizioni contenute nel DM 282/1996, l'esonero da obblighi contributivi ed allega la seguente documentazione probante _____.
<u>2</u>	Che non ha superato il massimale contributivo annuo e pertanto autorizza codesta Amministrazione ad operare la trattenuta contributiva. Si impegna a comunicare l'eventuale superamento del limite al fine di permettere l'interruzione della ritenuta ed evitare all'Ente il versamento di importi non dovuti. In difetto si dichiara disponibile alla restituzione all'Ente medesimo delle somme indebitamente accreditate nella sua gestione separata INPS per effetto della sua stessa omissione in attesa del rimborso da parte del medesimo INPS. <u>(ipotesi alternativa al n. 3)</u>
<u>3</u>	Che ha superato / Che prevede di superare - il massimale contributivo annuo e pertanto invita codesta amministrazione a non operare la trattenuta contributiva. Si impegna a comunicare, anteriormente alla liquidazione del compenso, l'eventuale mancato superamento del limite al fine di permettere l'applicazione della ritenuta ed evitare all'Ente inadempimenti. In difetto si dichiara disponibile alla restituzione all'Ente medesimo delle somme eventualmente richieste dall'Inps per effetto della omissione indotta. <u>(ipotesi alternativa al n. 2)</u>
<u>4</u>	<u>Che ha provveduto / Che provvederà</u> all' autodenuncia presso la sede competente INPS ex art.4 D.L. 166/1996, a cura del Collaboratore.
<u>5</u>	Di essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura ridotta. Cassa di previdenza _____. In caso di variazione della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva.
<u>6</u>	Di essere titolare di pensione diretta Cassa di previdenza _____. In caso di variazione della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva.
<u>7</u>	Di non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura intera. In caso di variazione della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva nella misura intera.

FIRMA _____

FIRMA _____

AGLI EFFETTI DELL'APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO ASSICURATIVO I.N.A.I.L., DI CUI AL D.LGS. 38/2000, IL SOTTOSCRITTO CONFERMA QUANTO SOPRA ESPOSTO E DICHIARA:

RISERVATO A TUTTI I SOGGETTI DI CUI ALLA PRECEDENTE LETTERA "A"

(Barrare solo le voci che interessano):

<u>1</u>	Di autorizzare il committente ad operare la ritenuta del ___ per mille di propria competenza in occasione dell' erogazione degli emolumenti in base al tasso di premio applicabile al rischio derivante dall'attività oggetto dell' incarico nella misura che lo stesso committente giudica idonea per la specifica categoria. S'impegna, inoltre, a corrispondere, dietro semplice richiesta, eventuali quote di premio assicurativo a suo carico qualora il loro versamento avvenga anche successivamente al disciolto rapporto di lavoro oggetto del contratto
<u>2</u>	Di non essere titolare di altri rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, in contemporanea con quello oggetto del presente, su incarico di altri committenti. Si impegna a comunicare tempestivamente il

	variare di tale situazione al fine di consentire l'esatta determinazione del premio INAIL di competenza di ogni singolo committente ed evitare all'Ente il versamento di importi in misura inferiore e/o superiore al dovuto.
3	Di essere titolare di altro/i rapporto/i di collaborazione coordinata e continuativa con incarico di _____ (<i>indicare l'Ente</i>), con durata dal _____ al _____ al tasso del _____ per mille e compenso complessivo di Euro _____ (<i>in caso di spazio insufficiente compilare scheda con i medesimi dati da allegare alla presente</i>). S'impegna a comunicare tempestivamente il variare di tale situazione al fine di consentire l'esatta determinazione del premio INAIL di competenza di ogni singolo committente ed evitare all'Ente il versamento di importi in misura inferiore e/o superiore al dovuto.

FIRMA _____

I sottoscritto conferma che, ai fini fiscali previdenziali ed assicurativi, la propria posizione si identifica nella fattispecie di cui alla **precedente lettera** _____ e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, **nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando il comune di Tonara da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.**

Ai sensi della Legge 675/1996 il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei propri dati per l'esecuzione di tutte le operazioni connesse con l'espletamento della pratica contrattuale, nonché, per finalità statistiche.

Li _____

FIRMA _____

Chiede inoltre che il compenso venga liquidato a mezzo (Barrare solo le voci che interessano):

	Accredito delle proprie competenze sul Conto Corrente Bancario/Postale
	N. _____ BANCA _____
	Agenzia/Filiale _____ ABI _____ CAB _____ CIN _____
	IBAN _____