

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0010931	29/09/2021

Struttura Aziendale	Centro di Costo
Stab. Osp. Molfetta - Direzione Amministrativa	131010202

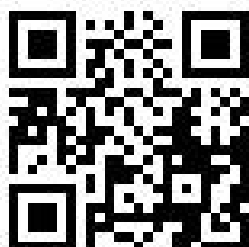
OGGETTO:

Area Bari Nord – P.O. Molfetta: DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE – LIQUIDAZIONE TARI COMUNE DI MOLFETTA – ANNO 2021.-

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	Altamura Leonardo	17/09/2021 12:52
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Altamura Leonardo	17/09/2021 12:52
Dirigente SPTA	Quacquarelli Saverio	21/09/2021 13:16
Direttore/Responsabile di Struttura	Popolizio Rachele	28/09/2021 14:00

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 132/2019) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) del vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

Il Direttore della Struttura Operativa U.O.C.
Direzione Amministrativa Area Ospedaliera Bari Nord

VISTA la l. 241/1990, recante *“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”*;

VISTO il d. lgs. 502/92, recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;

VISTA la l. r. Puglia 36/1994, avente ad oggetto *“Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”*;

VISTA la l. r. Puglia 38/1994, avente ad oggetto *“Norme sull' assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Unità sanitarie locali in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;

VISTO il d.lgs. n. 165/2001, recante *“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;

VISTA la l. r. Puglia 25/2006, avente ad oggetto *“Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”*;

VISTA la l. r. Puglia 39/2006, ed in particolare l'art. 5, recante istituzione ed individuazione dell'ambito territoriale dell'ASL Bari;

VISTO il d.lgs. 33/2013, recante *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*, così come recentemente modificato dal d. lgs. 97/2016;

VISTA la deliberazione del Direttore Generale N.2798 DEL 30/12/2009;

VISTA la deliberazione del Direttore Generale N.504 del 29/4/2020 *“Approvazione Regolamento per la predisposizione, adozione e pubblicazione delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale e relativo manuale utente”*.

Premesso che:

l'Area Gestione Tecnica ha in corso un attività di rivisitazione e verifica dell'intero patrimonio immobiliare a disposizione dell'ASL BA sia a titolo di proprietà, sia in locazione, sia in comodato gratuito;

il Comune di Molfetta ha iscritto a ruolo la TARI *“Tassa per lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani”* – Anno 2021 per gli immobili siti in Via Palmiro Togliatti n. 6 (Uffici e Ambulatori Dipartimento di Prevenzione), Via Corso Fornari (Uffici e Ambulatori Dipartimento di Salute Mentale), Via Prov.le Molfetta / Terlizzi (Presidio Ospedaliero), via Giorgio De Chirico angolo via Caduti sul Lavoro e Via Amedeo Clemente Modigliani per un importo complessivo pari ad Euro 74.483,00, giusto Avviso di Pagamento n. 84/2021 del 30.07.2021 emesso dal Settore Tributi, allegato al presente provvedimento, e assunto al prot. n. 115279/2021 del 17.09.2021 di questa Direzione Amministrativa Area Bari Nord – P.O. di Molfetta;

Constatato che:

- a) le Strutture Aziendali della ASL BA sono le uniche deputate, in quanto direttamente interessate, **laddove utilizzatrici in via esclusiva o in via prevalente degli immobili** in proprietà, in locazione, in comodato gratuito o ad altro titolo, ad occuparsi della presentazione della Denuncia TARI, della eventuale dichiarazione di variazione della nuova ragione sociale della ASL BA – Lungomare Starita n° 6 – 70123 BARI – Partita IVA 06534340721 in caso di intestazione alle vecchie AA.UU.SS.LL. o UU.SS.LL., alla richiesta di domiciliazione dell'Avviso di pagamento della Ta.R.SU. con i relativi bollettini presso di loro, ed infine al procedimento di **liquidazione in un'unica soluzione** della Ta.R.SU. a **partire dal periodo d'imposta anno 2013**, sempre con l'ausilio dell'Area Gestione Tecnica in caso di comprovate difficoltà oggettive, giusta disposizione n. 113005/1 di prot. del 06.07.2012 della Direzione Strategica della ASL BA e n. 221689/1 di prot. del 02.10.2017, con in allegato la 2Nuova Tabella adempimenti TARI”;

- b) l'Area Gestione Tecnica dell'ASL BA dovrà essere interessata per le attività di cui al precedente punto a) in via straordinaria **per i periodi precedenti all'anno 2013** ed in via ordinaria per quelle sedi di grandi dimensioni, quali le sedi delle direzioni generali delle ex AUSL BA/2 di Molfetta, BA/3 di Altamura, BA/4 di Bari e BA/5 di Putignano, ossia il CTO di Bari, Piazza De Napoli ad Altamura, Istituto Vittorio Emanuele di Giovinazzo, San Michele in Monte Laureto a Putignano;

Considerato che:

il Dirigente Responsabile della Struttura Aziendale della ASL BA interessata con nota mail prot. n. 59502/2021 del 16.09.2021 ha chiesto al Direttore dell'Area Gestione Tecnica di questa ASL Bari, ing. Nicola Sansolini, di verificare e confermare sia in ordine all'utilizzo degli immobili da parte di questa Amministrazione, sia in ordine alle superfici indicate nel predetto avviso di pagamento n. 84/2021 del 30.07.2021 emesso dal Settore Tributi del Comune di Molfetta e allegato al presente provvedimento;

il Direttore dell'Area Gestione Tecnica, ing. Nicola Sansolini, con nota prot. 59616/2021 del 16.09.2020 di questa Direzione Amministrativa, ha riscontrato alla suddetta nota mail prot. 59502/2021 del 16.09.2021 e ha confermato che i metri quadrati degli ambienti Ospedalieri e Distrettuali sono rimasti invariati rispetto all'anno precedente, pertanto, corrispondono a quelli riportati nelle piantine degli immobili de quo, e/o non sono pervenute variazioni d'uso;

Ritenuto pertanto di dover procedere alla liquidazione della TARI del Comune di Molfetta per l'anno 2021, per l'importo complessivo pari ad Euro 74.483,00 secondo le modalità di seguito riportate, al fine di non incorrere in ulteriori spese, addizionali, sanzioni ed interessi;

con i poteri di cui al comma 2 dell'art. 4 e dell'art. 17 del D. Lgs del 30.03.2001 n° 165 e successive modificazioni ed integrazioni;

DETERMINA

per le motivazioni tutte nelle premesse ed in narrativa che qui si intendono integralmente riportate e confermate;

-di liquidare al Comune di Molfetta la somma complessiva di Euro 74.483,00 quale TARI per l'anno 2021 a seguito di avviso di pagamento n. 84/2021 del 30.07.2021 emesso dal Settore Tributi, e allegato al presente provvedimento, solo ed esclusivamente con modello "F24" così come la Legge prevede e non più con le domiciliazioni bancarie e postali (RID);

-di imputare la spesa complessiva di Euro 74.483,00 sul Conto Economico n. 733.105.00055 – Imposte Tasse e Tributi del bilancio dell'esercizio finanziario anno 2021;

-di demandare all'Area Gestione Risorse Finanziarie gli adempimenti consequenziali per il pagamento della suddetta somma;

"Tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/20213, vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 132/2019) e art. 1, c. 9 lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) del vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001".

PROFILI CONTABILI

- NON rilevante
 RILEVANTE, a valere su:

Conto Economico/Patrimoniale	Anno	Importo
73310500055 - Imposte, tasse e tributi	2021	74.483,00

- CONTIENE liquidazione
 NON Contiene Liquidazione

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

- NON soggetta ad oneri di pubblicazione obbligatoria
 SOGGETTA ad oneri di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente:

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

Centro di Costo	Struttura Aziendale
112020101	Area Gestione Risorse Finanziarie

**IL PRESENTE PROVVEDIMENTO E' COMPOSTO DA 4 (quattro) PAGINE
DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 8 (otto) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE**

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 31, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **29/09/2021**

Staff Direzione Amministrativa aziendale
Ufficio Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
sig. Domenico Roveto



C.F. / P.IVA: 06534340721
Codice Utente: 80041285

AUT. SMA C0090/2013/CT
025724 24126

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI
LUNGOMARE STARITA n.6

70123 BARI BA

TARI – Tributo Comunale sui Rifiuti – ANNO 2021
Avviso di pagamento n. 84 del 30/07/2021

Gentile contribuente,
l'art. 1, commi da 641 a 668, della legge 27/12/2013, n. 147 ha istituito, a decorrere dal 1° gennaio 2014, la **tassa sui rifiuti** – TARI - destinata a coprire i costi relativi al servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti urbani.
Con Deliberazione del Consiglio Comunale, n. 20 del 22/04/2021 è approvato il Regolamento per l'applicazione della TARI; con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 28 del 28/06/2021 si prende atto del Piano Finanziario per la gestione della TARI già approvato dal medesimo organo (Deliberazione C.C. n° 21 del 22/04/2021) e si approvano le relative tariffe per l'anno 2021; i predetti documenti sono pubblicati sul sito istituzionale dell'Ente www.comune.molfetta.ba.it che riporta anche tutte le informazioni tariffarie e relative al servizio di raccolta dei rifiuti.
Sulla base dei predetti atti e a seguito dell'emanazione delle delibere ARERA n. 443/2019/R/RIF e n. 444/2019/R/RIF, entrambe del 31/10/2019, con il presente avviso di pagamento si invita al versamento della TARI per l'anno 2021 come di seguito specificato.

Qualora si volesse optare per la ricezione in formato elettronico del presente atto per le annualità successive è necessario recarsi presso i ns. uffici per la sottoscrizione del modulo per l'assenso all'utilizzo del proprio indirizzo di posta elettronica. L'attivazione di detto servizio si estende automaticamente alle comunicazioni agli utenti dovute in caso di variazioni di rilievo delle condizioni di erogazione del servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti e di gestione delle tariffe e rapporti con gli utenti.

Giusta previsione di cui all'art. 1, comma 666 della predetta Legge 27/12/2013, n. 147, la somma dovuta è maggiorata del 4% a titolo di Tributo Provinciale per l'esercizio delle funzioni di tutela, protezione ed igiene dell'ambiente (TEFA) di cui all'art.19 del D.lgs. n. 504/1992. Detta maggiorazione è versata alla Città Metropolitana di Bari.

Il versamento deve essere eseguito utilizzando gli allegati modelli "F24 semplificato" precompilati, contenenti già tutti i dati del beneficiario (Comune di Molfetta e Città Metropolitana di Bari) che consentono all'utente di eseguire il corretto pagamento. È possibile effettuare il versamento presso qualsiasi sportello bancario o postale senza aggiunta di commissione. Nel caso Lei riceva in ritardo il presente avviso, **il versamento della prima rata deve essere eseguito entro 30 giorni dalla data di ricezione**. Per i residenti all'estero il versamento dovrà essere effettuato con bonifico bancario, utilizzando in codice IBAN IT 74 W 05424 04297 000000000212 – BIC BPBAIT3B e indicando come causale il numero dell'avviso TARI ed il codice fiscale; copia della distinta di versamento deve essere trasmessa all'indirizzo: tributi.tari@cert.comune.molfetta.ba.it.

Per informazioni e/o chiarimenti, ristampa avvisi e modelli di pagamento TARI, comunicazioni di errori in ordine al presente avviso, presentazione di reclami o richieste di rettifica relativi all'importo addebitato e al pagamento, sono attivi appositi **SPORTELLI, da contattare telefonicamente nei giorni feriali, dalle ore 8.15 alle ore 10.00:**

"TASSA RIFIUTI – utenze domestiche" tel.080.3359236/318

"TASSA RIFIUTI – utenze non domestiche" tel 080.3359314/336

"TASSA RIFIUTI – riduzioni COVID-19" tel 080.3359336

Le istanze saranno evase prioritariamente in via telematica, utilizzando il servizio di posta elettronica, sulla base delle indicazioni che saranno fornite dall'operatore al momento assegnatario. Ove necessario sarà concordato con l'utente apposito incontro presso il Servizio Fiscalità Locale, sito in Via Carnicella. **L'accesso è consentito esclusivamente previo appuntamento che, tra l'altro, sospende i termini di scadenza del pagamento, sino all'evasione della pratica presso i ns. uffici.**

PROSPETTO IMPORTI

Descrizione	Anno	Importo
TRIBUTO COMUNALE SUI RIFIUTI	2021	71.617,86
TRIBUTO PROVINCIALE 4% (TEFA)	2021	2.864,71
TOTALE DA PAGARE	2021	74.482,57
TOTALE DA PAGARE ARROTONDATO	2021	74.483,00

PROSPETTO SCADENZE PAGAMENTO

	Importo	Scadenza
Prima Rata (*)	14.897,00	30/09/2021
Seconda Rata	14.897,00	31/10/2021
Terza Rata	14.897,00	30/11/2021
Quarta Rata	14.897,00	31/12/2021
Quinta Rata	14.895,00	31/01/2022
Versamento unica soluzione	74.483,00	30/11/2021

(*) ovvero entro 30 gg dal ricevimento del presente avviso di pagamento

DETTAGLIO UTENZE

Codice Contribuente 80041285 - AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

Periodo di riferimento: 01/01/2021 - 31/12/2021

Anno	Descrizione Categoria			Ubicazione Tributo	
Mq	Parte Fissa Tariffa per Mq	Inizio - Fine Utenza	Numero Mesi	Parte Variabile Tariffa per Mq (Utenze non domestiche) ovvero Quota (Utenze domestiche)	TOTALE Quota Fissa + Quota Variabile al netto del TEFA
Descrizione Riduzione				Importo riduzione	Totale Utenza
Tributo Provinciale 4%					
2021	UN.A11 - Uffici, agenzie			VIA GIORGIO DE CHIRICO 5 23 Piano: T	
510	1,43549	31/12/2020 - 31/12/2021	12	6,06660	3.826,06
COVID-19 - Riduzione art. 6 DL 73/2021 - 25% -				773,49	3.052,57
			122,10		
2021	UN.A03 - Autorimesse e magazzini senza alcuna vendita diret			VIA GIORGIO DE CHIRICO 5 23 Piano: T	
215	0,40781	31/12/2020 - 31/12/2021	12	1,72770	459,14
				0,00	459,14
			18,37		
2021	UN.A03 - Autorimesse e magazzini senza alcuna vendita diret			VIA AMEDEO CLEMENTE MODIGLIANI 26 28 Piano: T	
113	0,40781	31/12/2020 - 31/12/2021	12	1,7277	241,31
				0,00	241,31
			9,65		
2021	UN.A11 - Uffici, agenzie			VIA PALMIRO TOGLIATTI n.6 I	
452	1,43549	31/12/2020 - 31/12/2021	12	6,06660	3.390,95
COVID-19 - Riduzione art. 6 DL 73/2021 - 25% -				685,53	2.705,42
			108,21		
2021	UN.A10 - Ospedali			PRV TERLIZZI (OSPEDALE)	
10254	1,00321	31/12/2020 - 31/12/2021	12	5,28128	64.441,17
				0,00	64.441,17
			2.577,65		
2021	UN.A11 - Uffici, agenzie			VIA FORNARI (IST.APICELLA) n.0	
120	1,43549	31/12/2020 - 31/12/2021	12	6,06660	900,25
COVID-19 - Riduzione art. 6 DL 73/2021 - 25% -				182,00	718,25
			28,73		
0			0		0,00
				0,00	0,00
			0,00		
0			0		0,00
				0,00	0,00
			0,00		
0			0		0,00
				0,00	0,00
			0,00		
0			0		0,00
				0,00	0,00
			0,00		

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 6 5 3 4 3 4 0 7 2 1

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

data di nascita
giorno mese anno

sex (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

0 0 0 0 2 1 0 0 0 1 5 4 8 3 3 4 8 2

codice identificativo

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variabili	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese n°	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	F 2 8 4					6	0105	2021		14.324,06	
E L	TEFA	F 2 8 4					6	0105	2021		572,94	

SALDO FINALE

EURO + 14.897,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA: giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORETTO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 6 5 3 4 3 4 0 7 2 1

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

data di nascita
giorno mese anno

sex (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

0 0 0 0 2 1 0 0 0 1 5 4 8 3 3 4 8 2

codice identificativo

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variabili	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese n°	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	F 2 8 4					6	0105	2021		14.324,06	
E L	TEFA	F 2 8 4					6	0105	2021		572,94	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 14.897,00

Autorizzo addebito su c/c BAN

IT

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA: giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORETTO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 6 5 3 4 3 4 0 7 2 1

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

data di nascita
giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

0 0 0 0 2 1 0 0 0 1 5 4 8 3 3 6 8 4

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	F 2 8 4					6	0305	2021		14.324,06	
E L	TEFA	F 2 8 4					6	0305	2021		572,94	

SALDO FINALE

EURO + 14.897,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA: giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 6 5 3 4 3 4 0 7 2 1

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

data di nascita
giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

0 0 0 0 2 1 0 0 0 1 5 4 8 3 3 6 8 4

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	F 2 8 4					6	0305	2021		14.324,06	
E L	TEFA	F 2 8 4					6	0305	2021		572,94	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 14.897,00

Autorizzo addebito su c/c BAN

IT

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA: giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 6 5 3 4 3 4 0 7 2 1

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

data di nascita

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

0 0 0 0 2 1 0 0 0 1 5 4 8 3 3 7 8 5

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	F 2 8 4					6	0405	2021		14.324,06	
E L	TEFA	F 2 8 4					6	0405	2021		572,94	

SALDO FINALE

EURO + 14.897,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		<input type="checkbox"/> bancario/postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale		
					tratto / emesso su		cod. ABI	CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 6 5 3 4 3 4 0 7 2 1

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

data di nascita

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

0 0 0 0 2 1 0 0 0 1 5 4 8 3 3 7 8 5

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	F 2 8 4					6	0405	2021		14.324,06	
E L	TEFA	F 2 8 4					6	0405	2021		572,94	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 14.897,00

Autorizzo addebito su c/c BAN

IT

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		<input type="checkbox"/> bancario/postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale		
					tratto / emesso su		cod. ABI	CAB

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 6 5 3 4 3 4 0 7 2 1

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

data di nascita
giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

0 0 0 0 2 1 0 0 0 1 5 4 8 3 3 8 8 6

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	F 2 8 4					6	0505	2021		14.322,05	
E L	TEFA	F 2 8 4					6	0505	2021		572,95	

SALDO FINALE

EURO + 14.895,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA: giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 6 5 3 4 3 4 0 7 2 1

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

data di nascita
giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

0 0 0 0 2 1 0 0 0 1 5 4 8 3 3 8 8 6

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	F 2 8 4					6	0505	2021		14.322,05	
E L	TEFA	F 2 8 4					6	0505	2021		572,95	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 14.895,00

Autorizzo addebito su c/c BAN IT

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA: giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 6 5 3 4 3 4 0 7 2 1

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

data di nascita

giorno mese anno

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

0 0 0 0 0 2 1 0 0 0 1 5 4 8 3 3 9 8 7

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	F 2 8 4					6	0101	2021		71.618,29	
E L	TEFA	F 2 8 4					6	0101	2021		2.864,71	

SALDO FINALE

EURO + 74.483,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

giorno mese anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 6 5 3 4 3 4 0 7 2 1

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

data di nascita

giorno mese anno

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

0 0 0 0 0 2 1 0 0 0 1 5 4 8 3 3 9 8 7

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	F 2 8 4					6	0101	2021		71.618,29	
E L	TEFA	F 2 8 4					6	0101	2021		2.864,71	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 74.483,00

Autorizzo addebito su c/c IBAN

IT

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

giorno mese anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE