

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

| Determinazione n.ro | Data di Adozione |
|---------------------|------------------|
| 0009397             | 11/10/2023       |

| Struttura Aziendale                                     | Centro di Costo |
|---|-----------------|
| DSS 3 - Uffici di staff e amministrativi - Costi comuni | 141030199       |

OGGETTO: D.S.S. N. 3 - BITONTO/PALO DEL COLLE. LIQUIDAZIONE TARI ANNI 2018 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 EMESSA DAL COMUNE DI PALO DEL COLLE (BA).  
IMPORTO TOTALE LIQUIDATO: € 30.141,00.

### PROPOSTA DI DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N.RO 20230010164 DEL 09/10/2023

COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 5 (cinque) PAGINE

DI 2 (due) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 7 (sette) 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. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **11/10/2023**

Unità Operativa Affari Generali  
L'Addetto alla Pubblicazione

Firmato Digitalmente il 11/10/2023 12:31



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.

**VISTA** la deliberazione del Direttore Generale n. 2798 del 30/12/2009;

**VISTA** la deliberazione del Direttore Generale n. 504 del 29/04/2020 “*Approvazione Regolamento per la predisposizione, adozione e pubblicazione delle determinazioni dirigenziali all’albo pretorio aziendale e relativo manuale utente*”, così come integrato e modificato dalle Deliberazioni del Direttore Generale ASL BARI n. 2182 del 06/12/2021 e n. 1213 del 22/06/2022;

**VISTA** la nota della Direzione Generale, prot. N. 29341 del 02/05/2022, avente ad oggetto “*Vademecum per la pubblicazione dei dati – Privacy e Trasparenza*”;

**PRESO ATTO** della Deliberazione del Direttore Generale ASL BARI n. 956 del 28/05/2019, con la quale il Direttore Generale dell’ASL BARI, Dott. Antonio Sanguedolce ha disposto il conferimento dell’incarico di Direzione del D.S.S. n.3 – Bitonto (BA), alla Dott.ssa Rosella Squicciarini;

Sulla base di conforme istruttoria della Struttura Operativa DSS n.3 – Bitonto

**LA DIRETTRICE DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.3**

Dott.ssa Rosella Squicciarini

HA ADOTTATO

la seguente Determinazione Dirigenziale:

**PREMESSO** che a decorrere dal 01/01/2014 è stata istituita in sostituzione dei precedenti tributi, la tassa sui rifiuti TARI, così come disposto dall’art. 1, commi 641-668 della Legge 147/2013 e s.m.i., dalle norme immediatamente operative del D.Lgs. 3 aprile 2006 n. 152, nonché dalle disposizioni dettate dal D.P.R. 158/1999;

**PRESO ATTO** che con deliberazione del Consiglio Comunale n. 5 del 28/03/2018, il Comune di Palo del Colle ha approvato le Tariffe e le scadenze TARI per gli anni posti in riscossione;

**PRESO ATTO** che con avviso di accertamento pervenuto a questo Distretto, il Comune di Palo del Colle ha chiesto la somma di **€ 8.592,00** comprensiva di sanzioni, interessi e spese di notifica a titolo di TARI anno 2018 per gli immobili siti in Palo del Colle a Via Villafranca e Via Auricarro rispettivamente sedi del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto Socio Sanitario n.3 e che a seguito di tale avviso, questa Direzione Distrettuale si adoperava affinché si regolarizzasse la propria posizione debitoria, ai fini della TARI, per gli anni pregressi e fino al corrente anno;

**CHE** a seguito di interlocuzioni intercorse, il Comune di Palo del Colle ha fatto pervenire in data 05/10/2023, per le vie brevi, l’Elenco Bollette ancora da pagare che viene allegato al presente provvedimento;

**ACCERTATO** che nel predetto Elenco Bollette risultano degli importi ancora da corrispondere e riferiti alle annualità precedenti come di seguito indicato:

documento n. 537 del 20/11/2020 per € **5.985,00** periodo 01/01/2020-31/12/2020;  
documento n. 543 del 27/09/2021 per € **3.990,00** periodo 01/01/2021-31/12/2021;  
documento n. 8874 del 28/09/2021 per € **648,00** periodo 01/01/2021-31/12/2021;  
documento n. 539 del 15/09/2022 per € **5.193,00** periodo 01/01/2022-31/12/2022;  
documento n. 535 del 07/08/2023 per € **5.733,00** periodo 01/01/2023-31/12/2023;  
per un TOTALE di € **21.549,00**;

**CONSIDERATO** che:

- a) le Strutture Aziendali della ASL 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 TARES (oggi TARI) della eventuale dichiarazione di variazione della nuova ragione sociale della ASL BA – Lungomare Starita n. 6 – 70132 BARI – Partita IVA 06534340721 in caso di intestazione alle vecchie AUSL, alla richiesta di domiciliazione dell'avviso di pagamento della TARI con i relativi bollettini presso di loro, ed infine al procedimento di liquidazione in un'unica soluzione della TARI a partire dal periodo d'imposta anno 2014, sempre con l'ausilio dell'Area Gestione Tecnica in caso di comprovate difficoltà oggettive;
- b) la Direttrice del Distretto Socio Sanitario n. 3, ha verificato la disponibilità degli immobili di cui trattasi, così come risulta dalla documentazione agli atti dell'Area Gestione Tecnica;

**RITENUTO** pertanto di dover procedere alla liquidazione in favore del Comune di Palo del Colle dell'importo di € **8.592,00** comprensiva di sanzioni, interessi e spese di notifica a titolo di pagamento TARI anno 2018, da versare in unica rata attraverso il modello F24 che si allega per farne parte integrante del presente provvedimento, e dell'importo di € **21.549,00** a titolo di pagamento TARI per gli anni 2020 – 2021 – 2022 e 2023, da versare in unica rata attraverso i modelli F24 che si allegano per farne parte integrante del presente provvedimento, al fine di non incorrere in ulteriori spese, addizionali, sanzioni ed interessi, per un totale complessivo di € **30.141,00**, per gli immobili siti in Palo del Colle;

DETERMINA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportati:

- 1) **di liquidare**, in favore del Comune di Palo del Colle, la somma complessiva di € **8.592,00**, salvo eventuale conguaglio, da versare in unica rata, quale TARI relativa all'anno 2018, da pagarsi solo ed esclusivamente a mezzo del Mod. F24 che si allega per farne parte integrante del presente provvedimento, relativo agli immobili detenuti a vario titolo dalla ASL BA nel Comune di Palo del Colle, per evitare inutili contenziosi con il Comune di Palo del Colle con maggiori aggravii di spesa per la ASL BA;

- 2) **di liquidare**, in favore del Comune di Palo del Colle, la somma complessiva di € **21.549,00**, salvo eventuale conguaglio, da versare in unica rata, quale TARI relativa agli anni 2020 – 2021 – 2022 e 2023, da pagarsi solo ed esclusivamente a mezzo dei Mod. F24 che si allegano per farne parte integrante del presente provvedimento, relativi agli immobili detenuti a vario titolo dalla ASL BA nel Comune di Palo del Colle, per evitare inutili contenziosi con il Comune di Palo del Colle con maggiori aggravii di spesa per la ASL BA;
- 3) **di dare atto** che:
  - la spesa di € **8.592,00** per TARI anno 2018 rientra nel conto economico conto n. 230.100.00005 (*Fondo imposte e tasse*);
  - la spesa di € **15.816,00** per TARI anni 2020 – 2021 – 2022 rientra nel conto economico n. 230.100.00005 (*Fondo imposte e tasse*);
  - la spesa di € **5.733,00** per TARI anno 2023 rientra nel conto economico n. 733.105.00035 (*Imposte, tasse, tributi*) del Bilancio di esercizio 2023;
- 4) **di demandare** all'Area Gestione Risorse Finanziarie gli adempimenti consequenziali per il pagamento delle suddette somme.

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. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 — quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO — 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.

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 PROVINCIA DI

data di nascita

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

8 0 7 2 9 1 1 8 0 0 0 0 5 2 7 0 1 1

Table with columns: 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. Rows include data for sections E L with tributo codes 3944, 3945, 3946.

SALDO FINALE

EURO +

8592,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancaario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Mod. F24 Semplificato

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 PROVINCIA DI

data di nascita

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

8 0 7 2 9 1 1 8 0 0 0 0 5 2 7 0 1 1

Table with columns: 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. Rows include data for sections E L with tributo codes 3944, 3945, 3946.

SALDO FINALE

EURO +

8592,00

FIRMA

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

bancaario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE







Mod. **F24** Semplificato

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 PROVINCIA DI

data di nascita

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

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

| 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         | G 2 9 1     |       |                |      |       | 6           | 0101                 | 2021                |            | 383655                   |                              |
| E L     | TEFA         | G 2 9 1     |       |                |      |       | 6           | 0101                 | 2021                |            | 15345                    |                              |

**SALDO FINALE**

**EURO** + 3990,00

**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



Mod. **F24** Semplificato

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 PROVINCIA DI

data di nascita

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

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

| 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         | G 2 9 1     |       |                |      |       | 6           | 0101                 | 2021                |            | 383655                   |                              |
| E L     | TEFA         | G 2 9 1     |       |                |      |       | 6           | 0101                 | 2021                |            | 15345                    |                              |

**SALDO FINALE**

**EURO** + 3990,00

**FIRMA**

Autorizza 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 |   | <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







Mod. **F24** Semplificato

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 PROVINCIA DI

data di nascita

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

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

codice identificativo

**MOTIVO DEL PAGAMENTO**

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

3 0 7 2 9 1 2 3 0 0 0 0 5 3 5 0 0 1

| Sezione | cod. tributo | codice ente | ravv. | immob. variati | acc. | saldo | num. immob. | rateazione/mese rit. | anno di riferimento | detrazione | importi a debito versati | importi a credito | compensati |
|---------|--------------|-------------|-------|----------------|------|-------|-------------|----------------------|---------------------|------------|--------------------------|-------------------|------------|
| E L     | 3944         | G 2 9 1     |       |                |      | 6     | 6           | 0101                 | 2023                |            | 551250                   |                   |            |
| E L     | TEFA         | G 2 9 1     |       |                |      | 6     | 6           | 0101                 | 2023                |            | 22050                    |                   |            |

**SALDO FINALE**

**EURO + 57 333,00**

**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

circolare/vaglia postale

giorno

mese

anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB



Mod. **F24** Semplificato

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 PROVINCIA DI

data di nascita

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

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

codice identificativo

**MOTIVO DEL PAGAMENTO**

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

3 0 7 2 9 1 2 3 0 0 0 0 5 3 5 0 0 1

| Sezione | cod. tributo | codice ente | ravv. | immob. variati | acc. | saldo | num. immob. | rateazione/mese rit. | anno di riferimento | detrazione | importi a debito versati | importi a credito | compensati |
|---------|--------------|-------------|-------|----------------|------|-------|-------------|----------------------|---------------------|------------|--------------------------|-------------------|------------|
| E L     | 3944         | G 2 9 1     |       |                |      | 6     | 6           | 0101                 | 2023                |            | 551250                   |                   |            |
| E L     | TEFA         | G 2 9 1     |       |                |      | 6     | 6           | 0101                 | 2023                |            | 22050                    |                   |            |

**SALDO FINALE**

**EURO + 57 333,00**

**FIRMA**

Autorizzo addebito su c/c BAN

I T

**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

circolare/vaglia postale

giorno

mese

anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB



Comune di Palo Del Colle

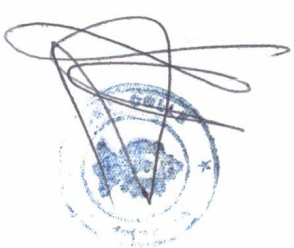
Elenco Bollette

Dati Contribuente

|                             |                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| Codice Interno:             | 23673                                 |
| Contribuente:               | AZIENDA SANITARIA LOCALE PROVINCIA DI |
| Codice Fiscale/Partita Iva: | 06534340721 / 06534340721             |
| Indirizzo:                  | VIA COMES N.31                        |
| Comune:                     | BITONTO                               |

| Tributo | Tipologia Riscossione | Data Emissione | N° Documento | Importo Totale | Periodo                 |
|---------|-----------------------|----------------|--------------|----------------|-------------------------|
| TARI    | DA PAGARE             | 07/08/2023     | 0000535      | 5.733,00       | 01/01/2023 - 31/12/2023 |
| TARI    | DA PAGARE             | 15/09/2022     | 0000539      | 5.193,00       | 01/01/2022 - 31/12/2022 |
| TARI    | DA PAGARE             | 28/09/2021     | 0008874      | 648,00         | 01/01/2021 - 31/12/2021 |
| TARI    | DA PAGARE             | 27/09/2021     | 0000543      | 3.990,00       | 01/01/2021 - 31/12/2021 |
| TARI    | DA PAGARE             | 20/11/2020     | 0000537      | 5.985,00       | 01/01/2020 - 31/12/2020 |
| TARI    | PAGATO                | 17/09/2019     | 0000531      | 5.985,00       | 01/01/2019 - 31/12/2019 |
| TARI    | PAGARE ACCERTAMENTO   | 23/05/2018     | 0000527      | 6.414,00       | 01/01/2018 - 31/12/2018 |
| TARI    | PAGATO                | 24/07/2017     | 0000524      | 7.755,00       | 01/01/2017 - 31/12/2017 |
| TARI    | PAGATO                | 21/07/2016     | 0000518      | 6.685,00       | 01/01/2016 - 31/12/2016 |
| TARI    | PAGATO                | 11/09/2015     | 0000516      | 6.685,00       | 01/01/2015 - 31/12/2015 |

Palo del Colle 05/10/2023



**PROFILI CONTABILI**

RILEVANTE, a valere su:  NON rilevante

| Conto Economico/Patrimoniale           | Anno | Importo   |
|--|------|-----------|
| 23010000005 - F.do per imposte e tasse | 2023 | 24.408,00 |
| 73310500035 - Imposte, tasse e tributi | 2023 | 5.733,00  |

CONTIENE liquidazione  NON Contiene Liquidazione

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

SOGGETTA A PUBBLICAZIONE  NON soggetta A PUBBLICAZIONE

**ONERI DI RISERVATEZZA:**




CONTIENE dati personali da NON pubblicare  NON contiene dati personali

**DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Area Gestione Risorse Finanziarie |  |
|-----------------------------------|--|

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 e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – 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.

| RUOLO  | NOME E COGNOME       | FIRMA  |
|--|----------------------|--|
| Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990 | Ciocia Antonio       |  Firmato digitalmente il 09/10/2023 11:44 |
| Dirigente PTA  | Cervelli Giuseppe    |  Firmato digitalmente il 09/10/2023 17:56 |
| Direttore/Responsabile di Struttura                      | Squicciarini Rosella |  Firmato digitalmente il 11/10/2023 11:06 |