

**Comune di Antrodoto**

Provincia di Rieti
 Ufficio Tributi
 Corso Roma n. 15
 P.IVA: 00103110573

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
 RIETI**
19 AGO. 2020
ARRIVO

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
 RIETI**
19 AGO. 2020
 Prot. N. 46660

Avviso n. 69

del 20/07/2020

C.F./P.IVA 00821180577

DCOP0020 V-2-30-1
Al Sig./Spett.le

267-267

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI
 VIALE MATTEUCCI N. 9
 02100 RIETI RI

Tassa sui Rifiuti (TARI) - Anno 2020
IMPORTO TOTALE DA PAGARE Euro 1.045,00

Gentile contribuente, La informiamo che con la Legge n°147 del 23.12.2013, art.1, commi dal 641 al 666 (Legge di stabilità 2014) a decorrere dal 1° GENNAIO 2014, è stata istituita la Tassa sui Rifiuti (TARI) destinata a finanziare i costi relativi al servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti.

L'art. 1, comma 688, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, prevede che il Comune stabilisca le scadenze di pagamento della TARI, prevedendo di norma almeno due rate a scadenza semestrale;

Con delibera di Consiglio Comunale n. 12 del 19.06.2020 si confermano le tariffe TARI dell'anno 2019 per l'anno 2020;

Che a seguito degli eventi sismici che hanno interessato il Comune di Antrodoto si è stabilito che il tributo per l'anno 2020 è composto in 3 rate con le seguenti scadenze:

1ª rata acconto	31.08.2020	- 3ª rata saldo	30.11.2020
2ª rata acconto	30.09.2020	- Rata unica	31.08.2020

Le tariffe, sia per le utenze domestiche che per le utenze non domestiche, sono composte da una quota fissa ed una quota variabile,

Per le utenze domestiche la quota fissa è calcolata in base ai mq, e la quota variabile in base ai componenti del nucleo familiare;

Per le utenze non domestiche la quota fissa è calcolata in base ai mq e la quota variabile in base alla tipologia di attività;

Alle tariffe, come sopra calcolate, viene applicato il tributo provinciale nella misura del 5%;

L'importo dovuto, deve essere versato con il modello F24 allegato alla presente presso l'ufficio postale o bancario alle scadenze in esso indicate;

E' consentito il versamento in unica soluzione alla scadenza della 1ª rata

Per ulteriori informazioni l'Ufficio Tributi è a disposizione nei giorni di Lunedì-Mercoledì-Venerdì dalle h. 10,00 alle h. 13,00 e Giovedì dalle h. 15,30 - alle h. 18,00 - Tel. 0746/578185

Il Funzionario Responsabile
 Rag. Faina Maria Liberata

Dal	Al	Ubicazione e dati catastali	Categoria	q. Rid.	Sup. Mg.	T. Fissa	T. Var.	Importo
01/01/2020	31/12/2020	F.lee MARTIRI DELLA LIBERTA' 1 F.10 N.64 uffici,agenzia,studia			513	0,24013	1,091227	590,41

TOTALE IMPONIBILE 995,41 ADD. PROVINCIALE (5%) 49,77 ARROTONDAMENTO -0,18

Potrà effettuare il pagamento	Scadenza	Importo
1ª Rata	31/08/2020	€ 349,00
2ª Rata	30/09/2020	€ 349,00
3ª Rata	30/11/2020	€ 349,00
Unica Soluzione	31/08/2020	€ 1.045,00

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 8 2 1 1 8 0 5 7 7

DATI ANAGRAFICI AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

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

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

0 0 1 3 1 5 1 0 0 0 1 6 6 3 1 0 7 6

Settore	cod. tributo	codice ente	imponibile	aliquota	base imponibile	aliquota	importo	dati versamento	importo debito versato	importo a credito compensato
E.L.	3944	A 3 1 5			1	0303	2020		349,00	

SALDO FINALE

EURO

349,00

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		bancario/postale	
AZIENDA			CAR/SPORTELLO		n.ro		circolare/vaglia postale	
					litro / emesso su		cod. ABI	
							CAB	

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 8 2 1 1 8 0 5 7 7

DATI ANAGRAFICI AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

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

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

0 0 1 3 1 5 1 0 0 0 1 6 6 3 1 0 7 6

Settore	cod. tributo	codice ente	imponibile	aliquota	base imponibile	aliquota	importo	dati versamento	importo debito versato	importo a credito compensato
E.L.	3944	A 3 1 5			1	0303	2020		349,00	

SALDO FINALE

EURO

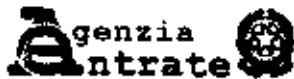
349,00

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		bancario/postale	
AZIENDA			CAR/SPORTELLO		n.ro		circolare/vaglia postale	
					litro / emesso su		cod. ABI	
							CAB	

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE



SCADENZA TARI UNICA 31/08/2020

Mod. F24 Semplificato

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 8 2 1 1 8 0 5 7 7

DATI ANAGRAFICI AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

CODICE FISCALE del contribuente, arredo, genitori, tutela di curatore fallimentare

MOTIVO DEL PAGAMENTO

0 0 1 3 1 5 9 0 0 0 0 7 8 0 0 5 6 3

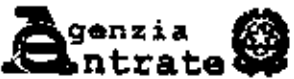
Table with columns: Sezione, cod. tributo, codice ente, natura, importo, occ., data, non rimb., rimborsazione/mese, anno di riferimento, data di versamento, direzione, importo a debito versat., importo a credito compensat.

SALDO FINALE

EURO 1045,00

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

Form with fields: DATA, CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE, Agenzia, Cas. Spettro, Pagamento effettuato con assegno, banca/postale, circolare/vaglia postale, Irato / emesso su, cod. ABI, CAB



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 8 2 1 1 8 0 5 7 7

DATI ANAGRAFICI AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

CODICE FISCALE del contribuente, arredo, genitori, tutela di curatore fallimentare

MOTIVO DEL PAGAMENTO

0 0 1 3 1 5 9 0 0 0 0 7 8 0 0 5 6 3

Table with columns: Sezione, cod. tributo, codice ente, natura, importo, occ., data, non rimb., rimborsazione/mese, anno di riferimento, data di versamento, direzione, importo a debito versat., importo a credito compensat.

FIRMA

SALDO FINALE

EURO 1045,00

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

Form with fields: DATA, CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE, Agenzia, Cas. Spettro, Pagamento effettuato con assegno, banca/postale, circolare/vaglia postale, Irato / emesso su, cod. ABI, CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE