COMUNE DI FARA IN SABINA

VIA S. MARIA IN CASTELLO, 30 - 02032
Tel. 0765/2779204-205-206 - r.battisti@comunefarainsabina.rieti.it
b.digiulio@comunefarainsabina.rieti.it
P.IVA 00102420577 - COD.FIS. 00102420577

Numero avviso	Data avviso
29	21

Periodo di riferimen
ANNO 2021

GERMOLE' ANTONINO ORDINE DEGLI INGEGNERI DELLA PROVINCIA DI ROMA INGEGNERE 17.06.2022 11:48:41 UTC

Tassa Rifiuti - TARI

Codice utente 387

Recapito 16.06.2022

Intestatario
AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI
Partita IVA 00821180577
VIALE MATTEUCCI, 9
RIETI

Spett.le

AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI
VIALE MATTEUCCI, 9
02100 RIETI (RI)

Modalità di pagamento	Scadenza	Importo da pagare Euro
Utilizzare l'allegato modello F24 presso qualsiasi ufficio postale o istituto di credito	**31.12.2021**	**1.479,00**

	Rata unica	1° rata	2° rata	3° rata
Scadenza pagamenti	31.12.2021	31.07.2021	31.10.2021	31.12.2021
	1479,00	493,00	493,00	493,00

Ubicazione locali Destinazione d'uso Estremi catastali	Anno e giorni	Metri quadrati e occupanti	Tariffa fissa e variabile	Importo DOVUTO
VIA GIUSEPPE GARIBALDI	2021	625,00	0,394364	1.479,40
Banche, istituti di credito e studi professionali	365	0	1,859949	
Dati catastali non forniti				

Dettaglio importi

Servizio raccolta rifiuti	*Euro*
Tassa spettante al Comune	1.408,95
Addizionale Provinciale (5,00%)	70,45
TOTALE da pagare Euro (arrotondato all'euro)	**1.479,00**

Comunicazioni

Nella home page del sito istituzionale del comune (www.comunefarainsabina.rieti.it) nella sezione "Portale trasparenza - Servizio di gestione dei Rifiuti Urbani" vengono riportate le direttive come da delibera ARERA n. 444/2019/R/Rif del 31 Ottobre 2019.

Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

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 — codice ufficio — codice atto

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale: AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI — nome

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 2 0 2 1 0 0 0 0 1 0 0 0 3 8 7 0 3 9

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	D 4 9 3					1	0101	2021	,	1.408 ,55	,
E L	TEFA	D 4 9 3					1	0101	2021	,	70 ,45	,

TARI del COMUNE DI FARA IN SABINA
RATA UNICA con scadenza 31.12.2021

SALDO FINALE EURO + 1.479 ,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 n.ro ____ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale ☐

tratto / emesso su ____ cod. ABI ____ CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

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 — codice ufficio — codice atto

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale: AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI — nome

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 2 0 2 1 0 0 0 0 1 0 0 0 3 8 7 0 3 9

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	D 4 9 3					1	0101	2021	,	1.408 ,55	,
E L	TEFA	D 4 9 3					1	0101	2021	,	70 ,45	,

FIRMA

SALDO FINALE EURO + 1.479 ,00

Autorizzo addebito su c/c IBAN I T

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 n.ro ____ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale ☐

tratto / emesso su ____ cod. ABI ____ CAB

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

MODELLO GRAFICO realizzato da APKAPPA S.r.l. - Via F. Albani, 21 20149 Milano - Conforme al Provv.Dir.Ag.Entrate 19/06/2013