



## Comune di Antrodoco

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



TS  
EF  
5-7-2023  
*[Signature]*



DCOPI1461

CP - ROMA - RIETI - 00358

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

Avviso N° 65 del 08-06-2023  
Codice Fiscale 00821180577

### Tassa sui Rifiuti (TARI) – Anno 2023 IMPORTO TOTALE DA PAGARE 1.086,00 €

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. 17 del 29.05.2023 vengono stabilite le tariffe TARI per l'anno 2023;

Con delibera di Consiglio Comunale n. 16 del 29.05.2023 è stato approvato il regolamento TARI,

In allegato si trasmette il modello F24 relativo al ruolo TARI da versarsi presso qualsiasi Ufficio Postale o Bancario con le seguenti modalità:

- 1<sup>a</sup> rata 31/07/2023
- 2<sup>a</sup> rata 31/08/2023
- 3<sup>a</sup> rata 31/10/2023
- In alternativa alle precedenti modalità, un'unica rata scadente il 31/07/2023 per il totale dell'importo, pagando TUTTI gli F24 allegati.**

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%;

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

Il Funzionario Responsabile  
Dott.ssa Alessia Fattore



DETTAGLIO CONTEGGIO TARI 2023

Descrizione	Data inizio	Data fine	Tariffa fissa	Tariffa variabile	Q.tà Mq.	%	Importo
Piazza MARTIRI DELLA LIBERTA' 1 F.10 N.64 Uffici,agenzie	01-01-2023	31-12-2023	0,670923	1,345020	513		1.034,18

**TOTALE DA PAGARE**

di cui  
 (Addizionale Provinciale - TEFA - al 5%)  
 (Arrotondamento)

1.086,00 €  
 51,71 €  
 0,11 €

**Potr  effettuare il pagamento:**

- Rata n. 1
- Rata n. 2
- Rata n. 3
- In un'unica soluzione

**Importo:**

- 362,00 €
- 362,00 €
- 362,00 €
- 1.086,00 €

- Scadenza:**
- 31-07-2023
  - 31-08-2023
  - 31-10-2023
  - 31-07-2023

Utilizzando tutti i mod. F24



DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

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

3 0 1 3 1 5 2 0 0 0 4 0 9 7 9 6 1 4

Table with columns: Sezione, cod. tributo, codice ente, ravv., immob. variabili, acc., saldo, num. immob., rateazione/mese rif., anno di riferimento, detrazione, importi a debito versati, importi a credito compensati. Rows include E L 3944 A 3 1 5 and E L TEFA A 3 1 5.

SALDO FINALE

EURO

362,00

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

Form for payment details including DATA, CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE, AZIENDA, CAB/SPORTELLO, and payment method options.

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

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

3 0 1 3 1 5 2 0 0 0 4 0 9 7 9 6 1 4

Table with columns: Sezione, cod. tributo, codice ente, ravv., immob. variabili, acc., saldo, num. immob., rateazione/mese rif., anno di riferimento, detrazione, importi a debito versati, importi a credito compensati. Rows include E L 3944 A 3 1 5 and E L TEFA A 3 1 5.

SALDO FINALE

EURO

362,00

FIRMA

Autorizzo addebito su c/c IBAN

IT

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

Form for payment details including DATA, CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE, AZIENDA, CAB/SPORTELLO, and payment method options.

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

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 0 8 2 1 1 1 8 0 5 7 7

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

**DATI ANAGRAFICI**

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

data di nascita

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mes

anno

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

codice identificativo

**MOTIVO DEL PAGAMENTO**

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

3 0 1 3 1 5 2 0 0 0 4 0 9 7 9 8 1 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	A   3   1   5					1	0303	2023		344,00	
E   L	TEFA	A   3   1   5					1	0303	2023		18,00	
											<b>EURO</b> +	362,00

**SALDO FINALE**

**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 0 8 2 1 1 1 8 0 5 7 7

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

**DATI ANAGRAFICI**

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

data di nascita

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mes

anno

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

codice identificativo

**MOTIVO DEL PAGAMENTO**

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

3 0 1 3 1 5 2 0 0 0 4 0 9 7 9 8 1 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	A   3   1   5					1	0303	2023		344,00	
E   L	TEFA	A   3   1   5					1	0303	2023		18,00	
											<b>EURO</b> +	362,00

**SALDO FINALE**

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  bancario/postale  circolare/vaglia postale

n.ro \_\_\_\_\_

tratto / emesso su \_\_\_\_\_ cod. ABI CAB

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE