

COMUNE DI POGGIO MIRTETO
UFFICIO TRIBUTI



PIAZZA MARTIRI DELLA LIBERTA' N. 40
02047 POGGIO MIRTETO RI
ITALIA



0005
P_SERV
MF6407D2C260010001 01 MIOP
21348257 MMA94397005451
DCOPD1201 95 7 B

ASL
VIA DEL TERMINILLO 42/
02100 RIETI RI

Data di accettazione: 21/06/2024



CITTA' DI POGGIO MIRTETO

Provincia di Rieti

CAP.02047

C.F e P. IVA 00094100575

pec: posta@pec.comune.poggiomirteto.ri.it

e-mail: settore6@comune.poggiomirteto.ri.it

AZIENDA SANITARIA LOCALE

TEL. 0765-545245

01 LUG. 2024

Prot. N.

46992

AZIENDA SANITARIA LOCALE
RIETI

01 LUG. 2024

ARRIVO

SETTORE VI TRIBUTI-ATTIVITA' PRODUTTIVE

Spett.le

ASL

VIA DEL TERMINILLO 42/

02100 - RIETI (RI)

AVVISO DI PAGAMENTO TARI(TASSA SUI RIFIUTI) ANNO 2024

DOCUMENTO N° 200 del 18-06-2024

Totale da pagare entro il 31-07-2024

21.101,00€

Gentile contribuente,

l'art.1, commi da 641 a 668, della legge 27/12/2013, n. 147 ha istituito in tutti i comuni del territorio nazionale a decorrere dal 1° gennaio 2014, la tassa sui rifiuti -TARI- destinata alla copertura dei costi relativi al servizio di raccolta e gestione dei rifiuti urbani e di quelli assimilati avviati allo smaltimento.

Visto il decreto del Sindaco n.4 del 02.04.2024 in atti prot n. 4725 del 04.04.2024 di nomina del Responsabile del servizio settore VI(Tributi-Attività produttive) Dott. Luca Cervelli.

Richiamata la deliberazione n. 14 del 14/05/2024 con la quale il Consiglio Comunale di Poggio Mirteto ha determinato le tariffe 2024 che sono visionabili sul sito istituzionale;

In allegato Le inviamo l'avviso di pagamento della **Tari** per l'anno d'imposta **2024**.

Dall'anno 2024 ARERA ha introdotto anche per la TARI le componenti perequative, le quali hanno efficacia dal 01.01.2024 e sono UR1a e UR2a

Nello specifico:

UR1a: Copertura di costi di gestione dei rifiuti accidentalmente pescati in misura di 0,10 €/utenza per anno;

UR2a : Copertura delle agevolazioni riconosciute per eventi eccezionali calamitosi in misura di 1,50€/utenza per anno

Per ulteriori informazioni potrà rivolgersi all'Ufficio Tributi dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00-12:00;

Di seguito Le descriviamo dettagliatamente le somme che devono essere da Lei corrisposte all'Ente scrivente. Si comunica che qualora il presente avviso venisse recapitato oltre il termine di scadenza della prima rata, la S.V. potrà comunque procedere al versamento della stessa entro 10 giorni dalla ricezione.

DETTAGLIO IMPORTI

	Quantità mq.	Tar.Fissa	Tar.variabile	% applicata	TOTALE
Via FORMELLO /SNC Fog.17 Num.26 Sub.11-A03 Uffici,agenzie Dal 01-01-2024 al 31-12-2024	78	3,024338	4,694766		602,09
Ur1a: copertura costi di gestione dei rifiuti accidentalmente pescati Dal 01-01-2024 al 31-12-2024			0,100000		0,10
Ur2a: copertura agevolazioni riconosciute per eventi eccezionali calamitosi Dal 01-01-2024 al 31-12-2024			1,500000		1,50
Via PROV.FINOCCHIETO Uffici,agenzie Dal 01-01-2024 al 31-12-2024	2525	3,024338	4,694766		19.490,73
Ur1a: copertura costi di gestione dei rifiuti accidentalmente pescati Dal 01-01-2024 al 31-12-2024			0,100000		0,10
Ur2a: copertura agevolazioni riconosciute per eventi eccezionali calamitosi Dal 01-01-2024 al 31-12-2024			1,500000		1,50
Addizionale Provinciale Dal 01-01-2024 al 31-12-2024	20.092,82			5,00	1.004,64
Arrotondamento Dal 01-01-2024 al 31-12-2024					-0,02

TOTALE Euro	21.101,00 €
-------------	-------------

DETTAGLIO VERSAMENTI

	Scadenza	TOTALE
Rata unica	31-07-2024	21.101,00 €

Qualora voglia avvalersi della rateizzazione, potrà corrispondere la somma di 21.101,00 € così suddivisa:

	Scadenza	TOTALE
Rata n° 1	31-07-2024	6.964,00 €
Rata n° 2	30-09-2024	6.964,00 €
Rata n° 3	30-11-2024	7.173,00 €

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
F.to Dott. Luca Cervelli

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO[illegible]

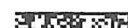
AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	
giorno	mese	anno		AZIENDA	CAB/SPORTELLO		
						☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale	
						n.ro _____ Iritto / emesso su _____ cod. ABI CAB	



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

cognome, denominazione o ragione sociale

DATI ANAGRAFICI ASL

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

MOTIVO DEL PAGAMENTO

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 7 6 3				2	0203	2024			6.632,00	
E L	TEFA	G 7 6 3				2	0203	2024			332,00	

SALDO FINALE EURO + 6.964,00

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

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/SPORTELLLO

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

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

cognome, denominazione o ragione sociale

DATI ANAGRAFICI ASL

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

MOTIVO DEL PAGAMENTO

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 7 6 3				2	0203	2024			6.632,00	
E L	TEFA	G 7 6 3				2	0203	2024			332,00	

SALDO FINALE EURO + 6.964,00

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

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/SPORTELLLO

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE							PER IL CASO DI CONTRIBUENTI A CARICO D'OPERAIONE																				
CODICE FISCALE							codice ufficio							codice atto													
0 0 8 2 1 1 8 0 5 7 7																											
cognome, denominazione o ragione sociale														nome													
DATI ANAGRAFICI							ASL																				
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							4 0 7 7 6 3 2 0 0 0 3 1 8 3 1 0 7 2													
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	7	6	3				2	0303	2024			6.832,00												
E	L	TEFA	G	7	6	3				2	0303	2024			341,00												
												SALDO FINALE		EURO +		7.173,00											

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

ESTREMI DEL VERSAMENTO				(DA COMPIRE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)	
DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno mese anno				AZIENDA	CAB/SPORTELLO
n.ro				Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____ ☐ ☐ bancario/postale circolare/vaglia postale	
cod. ABI				CAB	

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE										codice ufficio										codice atto									
CODICE FISCALE										0 0 8 2 1 1 8 0 5 7 7																			
DATI ANAGRAFICI										cognome, denominazione o ragione sociale										nome									
										ASL																			
										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										4 0 7 7 6 3 2 0 0 0 3 1 8 3 1 0 7 2									
Sezione		cod. tributo		codice ente		ravv.		immob. variati		acc.		saldo		num. immob.		rateazione/mese n.º		anno di riferimento		detrazione		importi a debito versati		importi a credito compensati					
E L		3944		G 7 6 3										2		0303		2024		,		6.832,00		,					
E L		TEFA		G 7 6 3										2		0303		2024		,		341,00		,					
																				,				,					
																				,				,					
																				,				,					
																				,				,					
																				,				,					
																				,				,					
																				,				,					
																				,				,					
																				,				,					
																				,				,					
																				,				,					
FIRMA																						EURO +		7.173,00					
SALENTO																						SALENTO		7.173,00					

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORELLLO	
					Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale n.ro _____ ☐ circolare/vaglia postale Iratto / emesso su _____ cod. ABI CAB