COMUNE DI FIAMIGNANO
Provincia di Rieti
Ufficio Tributi

COMUNE DI FIAMIGNANO
Provincia di Rieti
C.A.P. 02023 *Tel. 0746/53016*
comunedifiamignano@pec.it *Fax 0746/53029*
www.comune.fiamignano.ri.it *info@comune.fiamignano.ri.it*

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
31 OTT. 2024
ARRIVO

Decreto Sindacale Rep. n. 03/2021 del 18/10/2021, Prot. n. 8892
Decreto Sindacale Rep. n. 01/2022 del 03/01/2022, Prot. n. 36

CN-NE/CONV/00667/03.2024
DCOPI2474 sc6845689-b252
ID:BMDZI204

Prot. n.8478 del 16.09.2024

473

Spett.le
D'INNOCENZO MARINELLA - DIRETTORE SANITARIO
ASL RI
VIALE MATTEUCCI, 9
02100 RIETI RI

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
31 OTT. 2024
Prot. N. 77407

Oggetto: **TASSA SUI RIFIUTI - RUOLO TA.RI. ANNO 2024 - RISCOSSIONE**
(Legge di Bilancio Anno 2024 del 30 Dicembre 2023, n. 213)

Gentile Contribuente ,

premesso che questo Comune

- con Deliberazione di Consiglio Comunale n. 06 del 23/05/2014, di Consiglio Comunale n. 27 del 17/10/2014 e di Consiglio Comunale n. 13 del 29/05/2015, ha approvato ed integrato il Regolamento della I.U.C. (Imposta Unica Comunale) per le componenti I.M.U., TA.SI. e TA.RI.;

- con Deliberazione di Consiglio Comunale **n.16** del **02 Luglio 2024**, esecutiva a termini di Legge, sono state Determinate le Tariffe della componente **TA.RI. - Anno 2024**;

- che la vigente normativa deve prevedere la copertura del 100% dell'Intero Costo del Servizio Rifiuti e le Tariffe per **l'Anno 2024** delle Utenze Domestiche e delle Utenze Non Domestiche;

Le rendo noto che il versamento del **Tributo TA.RI. Anno 2024 - Ruolo Principale** dovrà essere effettuato mediante l'utilizzo dell'allegato **Modello F24 (Codice Tributo 3944 - Codice Ente D560) nel rispetto delle seguenti scadenze**:

PRIMA RATA	**05**	**DICEMBRE**	**2024**
SECONDA RATA	**05**	**GENNAIO**	**2025**

Sul sito istituzionale del Comune di Fiamignano (RI) - Partita I.V.A. 00121280572, sono consultabili tutte le informazioni utili sul tributo e sui relativi adempimenti facendo presente che la S.V. potrà rivolgersi anche direttamente all'Ufficio preposto dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,30.

N.B.: A norma dell'art. 8 della Legge 08 Agosto 1990 n. 241, s.m.i. si comunica che il Responsabile Unico del Procedimento è la Signora Filippa PISTONI.

Fiamignano 16.09.2024

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE DEL SERVIZIO
AREA VI - TRIBUTI
F.to Filippa PISTONI

MD.606970.FIAMIGNANO.TARI_2024.7Z b.435 p.1/6

COMUNE DI FIAMIGNANO

Provincia di Rieti

Ufficio Tributi

Numero Avviso	Data Avviso
1614	30.09.2024

Periodo di Riferimento
ANNO 2024

TASSA RIFIUTI - TARI	
Codice Utente	7861
Codice Fiscale / P. IVA	00821180577

Modalità di Pagamento
Utilizzare i Mod. F24 allegati, pagabili presso qualsiasi Ufficio Postale o Istituto Bancario.

Scadenza Rata Unica	Importo da pagare
..	€ 842,00

Spett.le
D'INNOCENZO MARINELLA - DIRETTORE SANITARIO
ASL RI
VIALE MATTEUCCI, 9
02100 RIETI RI

	1' rata	2' rata
Scadenza pagamenti	05.12.2024	05.01.2025
	420,00	422,00

Dettaglio immobili

P.	Ubicazione locali	Destinazione	Anno	GG.	Occ.	Mq.	TOTALE
Tariffa fissa e variabile Estremi catastali							
1	VIA DON A. GISMONDI, 2	CASA DI CURA E RIPOSO	2024	366	0	243,00	842,37

Quota fissa di 0,437629 € a mq. e quota variabile di 2,857558 € a mq.
Dati catastali non forniti - Codice utenza 7861/1

Dettaglio importi

Servizio raccolta rifiuti

TRIBUTO spettante al Comune	800,73
ADDIZIONALE PROVINCIALE (5,00%)	40,04
Compon. perequativa UR1 spettante allo Stato per rifiuti pescati in mare	0,10
Compon. perequativa UR2 spettante allo Stato per copertura agevolaz. calamità natur.	1,50
TOTALE (arrotondato all'Euro)	**842,00**

Comunicazioni

Agenzia Entrate

1' RATA - scadenza 05.12.2024 | 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: D'INNOCENZO

nome: MARINELLA - DIRETTORE SANITARIO ASL RI

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 4 0 1 0 0 1 0 0 7 8 6 1 1 8 7

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 5 6 0					1	0102	2024	,	399,98	,
E L	TEFA	D 5 6 0					1	0102	2024	,	20,02	,

SALDO FINALE EURO + 420,00

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 ____ tratto / emesso su ____ cod. ABI ____ CAB

☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

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: D'INNOCENZO

nome: MARINELLA - DIRETTORE SANITARIO ASL RI

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 4 0 1 0 0 1 0 0 7 8 6 1 1 8 7

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 5 6 0					1	0102	2024	,	399,98	,
E L	TEFA	D 5 6 0					1	0102	2024	,	20,02	,

FIRMA

SALDO FINALE EURO + 420,00

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 ____ tratto / emesso su ____ cod. ABI ____ CAB

☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

MD.606970.FIAMIGNANO.TARI_2024.7Z b.435 p.3/6

Agenzia Entrate

2' RATA - scadenza 05.01.2025

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: D'INNOCENZO

nome: MARINELLA - DIRETTORE SANITARIO ASL RI

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 4 0 2 0 0 1 0 0 7 8 6 1 2 6 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	D 5 6 0					1	0202	2024	,	401,98	,
E L	TEFA	D 5 6 0					1	0202	2024	,	20,02	,

SALDO FINALE EURO + 422,00

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

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

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: D'INNOCENZO

nome: MARINELLA - DIRETTORE SANITARIO ASL RI

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 4 0 2 0 0 1 0 0 7 8 6 1 2 6 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	D 5 6 0					1	0202	2024	,	401,98	,
E L	TEFA	D 5 6 0					1	0202	2024	,	20,02	,

SALDO FINALE EURO + 422,00

FIRMA

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

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

MD.606970.FIAMIGNANO.TARI_2024.7Z b.435 p.5/6