

**REGIONE CALABRIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE**

**DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**DELIBERA N.**     051    

**ORIGINALE**

**OGGETTO: Impegno di spesa e liquidazione somma a favore dell'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Crotona - per registrazione sentenza civile n° 248/2009 emessa dal Tribunale di Crotona.**

L'anno 2011, il giorno **25 GEN. 2011** nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona, sita in Via M. Nicoletta presso il Centro Direzionale "Il Granaio",

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**PREMESSO**

**Che** l'Azienda Sanitaria Provinciale ha ricevuto un avviso di liquidazione dell'imposta registrazione sentenza civile n°248/2009 emessa dal Tribunale di Crotona;

**Che** il suddetto avviso di liquidazione è pervenuto agli atti di questo Ufficio con protocollo generale n°20794 del 14/06/2010 per la somma complessiva di € 9.260,16 a titolo di registrazione dell'anzidetta sentenza;

**Che**, ricorrono i presupposti per provvedere all'impegno di spesa e alla liquidazione dell'imposta di registro relativa al suddetto atto giudiziario;

**Rilevata** l'urgenza di provvedere in merito, autorizzando l'Ufficio di Ragioneria a provvedere all'impegno ed alla relativa liquidazione per la somma complessiva di € 9.260,16, come si evince dal Mod. F23, allegato alla comunicazione di avviso;

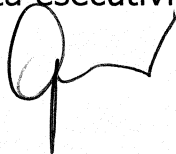
**Tutto ciò premesso**

## DELIBERA

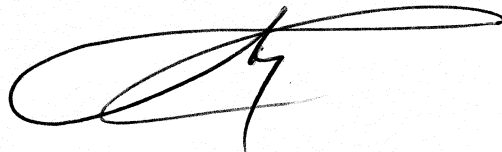
Per quanto espresso in premessa che qui si intende ripetuto e confermato:

1. **Di impegnare** la somma di € 9.260,16, per il pagamento dell'imposta relativa alla registrazione della sentenza civile n°248/2009, con imputazione all'Intervento 01.01.03.06 "Spesa di Registrazione" del bilancio 2011;
2. **Di liquidare e pagare** la predetta somma a favore dell'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Crotone, mediante versamento con allegato Modello F23;
3. **Autorizzarsi** l'Ufficio Ragioneria all'emissione del relativo mandato di pagamento entro i limiti dell'impegno assunto;
4. **Trasmettersi** copia della presente delibera all'Ufficio Ragioneria aziendale, all'Ufficio Legale aziendale e ad ogni altro competente Ufficio aziendale;
5. **Darsi** alla presente delibera immediata esecutività.

**Il Responsabile del procedimento:**



**Il Commissario Straordinario:**

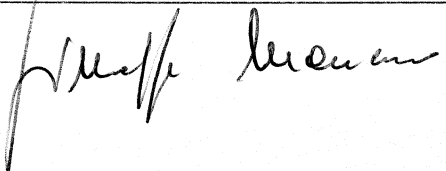


**UFFICIO AFFARI GENERALI  
-Unità Operativa Segreteria Generale -**

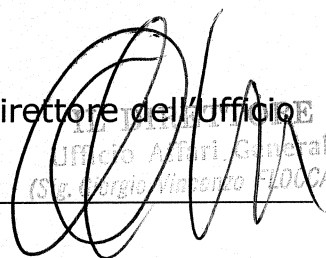
### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda in data 25 GEN. 2011 con Prot. Segr. Gen. nr. 13 per un periodo di dieci giorni con decorrenza dal 25 GEN. 2011

Il Responsabile del Procedimento

*F.to Giuseppe Mancuso*  


Il Direttore dell'Ufficio

  
UFFICIO AFFARI GENERALI  
(S. Giorgio/Intervento FIDOCAR)

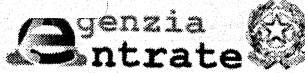


\* 1 - 2 1 2 2 6 \*

V. PR. URG.  
JUL

copia per il contribuente

F- TASSE - 18 bis



MOD.16 MECC (Tasse)

**AVVISO DI LIQUIDAZIONE DELL'IMPOSTA  
IRROGAZIONE DELLE SANZIONI**

AVVISO NUM. 2009/001/SC/000000248/0/001

DIREZIONE PROVINCIALE DI CROTONE  
UFFICIO TERRITORIALE DI CROTONE (TDG)

Il sottoscritto **DIRETTORE** PROVINCIALE SACCOMANNO ENRICO

avverte

AZIENDA UNITA' SOCIO SANITARIA LOCALE N.5 CROTONE

01997410798

DOMICILIATO IN  
VIA CORRADINO AMATRUDA 88900 CROTONE (KR)  
IN QUALITA' DI CONVENUTA

che in relazione ALLA SENTENZA CIVILE N. 000000248/2009

DEL 27/03/09 EMESSO DAL TRIBUNALE DI CROTONE

e per i seguenti motivi:

MANCATA REGISTRAZIONE SENTENZA .

le imposte, le sanzioni pecuniarie e gli interessi di mora, dovuti in solido da tutte le parti in causa, sono stati liquidati come segue:

REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.	109T	9.240,00
ENTR. EVENT. AG.DELLE ENTRATE	806T	15,00
TRIBUTI SPECIALI E COMPENSI	964T	5,16

TOTALE DOVUTO 9.260,16 EURO

DATA

27/05/2010

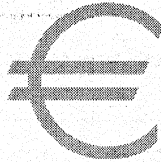
IL DIRETTORE PROVINCIALE

SACCOMANNO ENRICO

UFFICIO TERRITORIALE DI CROTONE

IL DIRETTORE

Salvatore Garofalo



**MODELLO DI PAGAMENTO:  
TASSE, IMPOSTE, SANZIONI  
E ALTRE ENTRATE**

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

--

2. DELEGA IRREVOCABILE A

--

AGENZIA/UFFICIO

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (\*)

T	D	G	2	0	1	0	7	1	0	0	0	2	5	2	3	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**DATI ANAGRAFICI**

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

4. AZIENDA UNITA' SOCIO SANITARIA LOCALE N.5 CR

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

--

--

--

0	1	9	9	7	4	1	0	7	9	8						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

--

--

--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DATI DEL VERSAMENTO**

6. UFFICIO O ENTE

7. COD. TERRITORIALE (\*)

8. CONTENZIOSO

9. CAUSALE

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

T	D	G		
codice		sub. codice (*)		

--	--	--	--

--

R	G
---	---

2	0	0	9	0	0	1	S	C	0	0	0	0	0	0	2	4	8	0
Anno				Numero														

11. CODICE TRIBUTO

12. DESCRIZIONE (\*)

13. IMPORTO

14. COD. DESTINATARIO

1	0	9		T
8	0	6		T
9	6	4		T

REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.
ENTR. EVENT. AG.DELLE ENTRATE
TRIBUTI SPECIALI E COMPENSI

9.240,00
15,00
5,16
9.260,16


PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

NOVEMILADUECENTOESSANTA / ,16
-------------------------------

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

(DA COMPIRE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

DATA			CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
			AZIENDA	CAB/SPORELLO
giorno	mese	anno		

--



MODELLO DI PAGAMENTO: TASSE, IMPOSTE, SANZIONI E ALTRE ENTRATE

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

[Empty box for direct payment to concessionary]

2. DELEGA IRREVOCABILE A

[Empty box for irrevocable delegation]

AGENZIA/UFFICIO

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (\*)

T D G 2 0 1 0 7 1 0 0 0 2 5 2 3 0

DATI ANAGRAFICI

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

4. AZIENDA UNITA' SOCIO SANITARIA LOCALE N.5 CR

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

[Sex selection box]

[Municipality box]

[Province box]

[Tax code box: 01997410798]

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

5. [Empty fields for personal data]

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

[Sex selection box]

[Municipality box]

[Province box]

[Tax code box]

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE

7. COD. TERRITORIALE (\*) 8. CONTENZIOSO 9. CAUSALE

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

T D G [ ] [ ]  
codice sub. codice (\*)

[ ] [ ] [ ] [ ]

[ ]

R G

Anno Numero  
2 0 0 9 | 0 0 1 S | C 0 0 0 0 | 0 0 0 2 | 4 8 0

11. CODICE TRIBUTO

12. DESCRIZIONE (\*)

13. IMPORTO

14. COD. DESTINATARIO

1 0 9 | T  
8 0 6 | T  
9 6 4 | T  

REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.  
ENTR. EVENT. AG. DELLE ENTRATE  
TRIBUTI SPECIALI E COMPENSI  

9.240,00  
15,00  
5,16  
9.260,16


PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

NOVEMILADUECENTOESSANTA / 16

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO DELLA BANCA O DELLE POSTE)

DATA			CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO

[Large empty box for bank/post details]