


Proposta N° 23 Data 12/11/2019	 COMUNE DI CAPACI	
---------------------------------------	---	--

COMUNE DI CAPACI

AREA METROPOLITANA CITTA' DI PALERMO

Staff del Segreterio Generale -

Avvocatura Comunale

Originale di Determinazione del Segretario Generale

N° 21 del Reg. Data 13/11/2019	OGGETTO	IMPEGNO SPESA E LIQUIDAZIONE PER PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO UNIFICATO E BOLLI PER OPPOSIZIONE AL DECRETO DEL 14/10/2019 SULLO STATO PASSIVO DEL FALLIMENTO ATO RIFIUTI 1
<p style="text-align: center;">Parte Riservata all'Area II Bilancio 2019</p> ATTO n. _____ Missione 1 Programma 01 Titolo 1 Macroaggregato 03 Capitolo 10575 Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria IL FUNZIONARIO RESPONSABILE AREA II^ FINANZIARIA Rag. Di Maggio Francesco Paolo	NOTE IMP. 19/1633 N.S. 19/3736 M. 19/2705	

L'anno duemiladiciannove il giorno _____ del mese di _____ alle ore _____ nella sala delle adunanze del Comune di Capaci il Segretario Generale, Dott. Cristofaro Ricupati, analizza la seguente proposta ai fini dell'assunzione delle determinazioni di competenza

Il Responsabile del procedimento di cui all'art.5 della L.R. 30/04/1991, n.10, ai sensi dell'art.2 della medesima legge, propone l'adozione della presente proposta di determinazione avente ad oggetto: **"IMPEGNO SPESA E LIQUIDAZIONE PER PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO UNIFICATO E BOLLI PER OPPOSIZIONE AL DECRETO DEL 14/10/2019 SULLO STATO PASSIVO DEL FALLIMENTO ATO RIFIUTI 1"**

VISTA la delibera di G.M. n.178/2019 con la quale veniva conferito incarico legale all'Avv. L. Sciarrino per opporsi al decreto del 14/10/2019 con il quale è stato dichiarato esecutivo lo stato passivo dell'ATO Rifiuti 1 in fallimento;

CONSIDERATO che con la stessa delibera è stato conferito mandato al Segretario Generale di assumere il relativi impegni di spesa sia per il pagamento dell'onorario del professionista che per il contributo unificato e dei bolli per l'iscrizione della causa;

CONSIDERATO che a tal fine occorre impegnare, sul corrente bilancio 2019, la somma di €.1.713,00 per il pagamento del contributo unificato e dei bolli così distinta:

- €.1686 per contributo unificato;
- €.27,00) per bolli.

PRESO ATTO della disponibilità finanziaria esistente nel bilancio per l'esercizio finanziario dell'anno 2019 nel codice identificato al capitolo 10575, individuato alla MISSIONE 1, PROGRAMMA 1, TITOLO 1, MACROAGGREGATO 03;

RITENUTO pertanto dover procedere all'assunzione dell'impegno di spesa complessivo per €.1.713,00 e provvedere alla relativa liquidazione;

VISTO il vigente O.R.EE.LL;

DETERMINA

- di impegnare e imputare la complessiva somma di €.1.713,00 sul capitolo 10575, individuato alla MISSIONE 1, PROGRAMMA 1, TITOLO 1, MACROAGGREGATO 03 del bilancio 2019;

- di Liquidare al Tribunale di Palermo la somma di €.1.713,00 per la registrazione dell'atto di opposizione al decreto del 14/10/2019 con il quale è stato dichiarato esecutivo lo stato passivo nella procedura di fallimento dell'ATO 1 rifiuti mediante il modello F23 allegato;

- dare atto che il presente provvedimento diverrà esecutivo al momento dell'apposizione del visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria della spesa prevista ai sensi dell'art.151, comma 4 del T.U.;

- dare mandato all'Ufficio di Segreteria di trasmettere il presente atto anche al responsabile dell'Ufficio AA.GG. quale responsabile del sito istituzionale e dell'accessibilità informatica e del complessivo procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito web istituzionale ai fini dell'obbligo di pubblicazione on-line sul sito dell'Amministrazione Trasparente del Comune di Capaci ai sensi di quanto disposto dalla deliberazione di G.M. 9/2015;

- di dare mandato all'Ufficio di Segreteria Generale di trasmettere il presente atto al Responsabile per la pubblicazione per estratto dei contenuti sul sito web istituzionale ai fini dell'obbligo di pubblicazione on-line in ottemperanza agli obblighi previsti dalla L.R. 11/20158 e s.m. i.

Segretario Generale
Dott. Cristofaro Ricupati





**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 (*)

DATI ANAGRAFICI

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

4. Comune di Capaci

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

Capaci

P A

8 0 0 1 9 7 4 0 8 2 0

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

5. Curatela Fall. Servizi Comunali Integrati R.s.u.

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

0 5 1 5 9 9 4 0 8 2 3

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE

7. COD. TERRITORIALE (*) 8. CONTENZIOSO

9. CAUSALE

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

9 B X 1 6
codice sub. codice (*)

G 2 7 3

R G

2 0 1 9

11. CODICE TRIBUTO

12. DESCRIZIONE (*)

13. IMPORTO

14. COD. DESTINATARIO

9 4 1 T
9 4 3 T

Contributo unificato
Diritti di Cancelleria

1.686,00
27,00

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

1.713,00

EURO (lettere)

millesettecentotredici/00

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
_____	_____	_____	_____	_____

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____

cod. ABI CAB

firma _____



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

[Empty box for beneficiary name]

2. DELEGA IRREVOCABILE A

[Empty box for delegate name]

AGENZIA/UFFICIO

[Empty box for agency/office]

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

[Empty box for reference number]

DATI ANAGRAFICI

4. **Comune di Capaci**
 COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: Comune di Capaci
 NOME: [Empty]
 DATA DI NASCITA: [Empty]
 SESSO M o F: [Empty]
 COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: Capaci
 PROV.: P A
 CODICE FISCALE: 8 0 0 1 9 7 4 0 8 2 0

5. **Curatela Fall. Servizi Comunali Integrati R.s.u.**
 COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: Curatela Fall. Servizi Comunali Integrati R.s.u.
 NOME: [Empty]
 DATA DI NASCITA: [Empty]
 SESSO M o F: [Empty]
 COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: [Empty]
 PROV.: [Empty]
 CODICE FISCALE: 0 5 1 5 9 9 4 0 8 2 3

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: 9 B X 1 6
 7. COD. TERRITORIALE (*): G 2 7 3
 8. CONTENZIOSO: [Empty]
 9. CAUSALE: R G
 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno 2 0 1 9, Numero [Empty]

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
9 4 1 T	Contributo unificato	1.686,00	[Empty]
9 4 3 T	Diritti di Cancelleria	27,00	[Empty]
[Empty]	[Empty]	[Empty]	[Empty]
[Empty]	[Empty]	[Empty]	[Empty]
[Empty]	[Empty]	[Empty]	[Empty]
[Empty]	[Empty]	[Empty]	[Empty]
[Empty]	[Empty]	[Empty]	[Empty]
[Empty]	[Empty]	[Empty]	[Empty]
[Empty]	[Empty]	[Empty]	[Empty]
[Empty]	[Empty]	[Empty]	[Empty]

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

1.713,00

EURO (lettere)

millesettecentotredici/00

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

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

[Large empty box for stamp or signature]

