

INAILISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO**DIREZIONE TERRITORIALE****Nuoro – Oristano – Ogliastro****Sede locale Oristano****Area Azienda****Email PEC :****nuove.opere.ristrutturazioni@pec.asloristano.it**Servizio Sanitario Nazionale Regione Sardegna
AZIENDA U.S.L. N. 5 - ORISTANO
Dipartimento Area Territoriale
Servizio Nuove Opere e RistrutturazioniDATA DI ARRIVO 06.07.2016PROT. N. 40466 DEL 06.07.2016**Spett. AZIENDA SANITARIA LOCALE N.5
ORISTANO****Oristano 1 LUGLIO 2016****OGGETTO: Art. 4 comma 2, D.P.R. n. 207/2010.****Intervento sostitutivo della Stazione appaltante. Dati per il pagamento****Istruttoria DURC INAIL 3833092****C. Fiscale Ditta 01105620957 C/D Inail 18168980**

Come richiesto con posta certificata del 27 giugno 2016 si trasmette di seguito il dettaglio delle irregolarità Inail relative alla ditta ed al DURC indicato in oggetto.

Si comunica che alla data odierna l'importo dell'inadempienza contributiva della ditta in oggetto risulta pari a **euro 6.563,05**

Il versamento all'Inail deve avvenire utilizzando il modello di pagamento unificato **F24** o, per gli enti e amministrazioni dello stato che rientrano nel sistema di tesoreria unica, tramite **F24 EP** .:

Modalità di compilazione Modello F24:**Sezione "CONTRIBUENTE"**

Campo "CODICE FISCALE", indicare il codice fiscale della ditta:.....

Campo "CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare", indicare il codice fiscale della stazione appaltante:.....

Campo "CODICE IDENTIFICATIVO", indicare il codice: "51(Intervento sostitutivo – art.4 del D.P.R. n. 207/2010)

Sezione "INAIL"

Campo "CODICE SEDE", indicare il codice della Sede INAIL:.....

Campo "CODICE DITTA", indicare il codice ditta:.....

Campo "C.C.", indicare il codice di controllo:.....

Campo "NUMERO DI RIFERIMENTO", indicare il numero di riferimento compilando un rigo per ciascun numero di riferimento:.....

Campo "CAUSALE", indicare: P

Campo "NUMERO DI RIFERIMENTO" e campo "IMPORTI A DEBITO VERSATI", indicare i seguenti dati, compilando un rigo per ciascun numero di riferimento come da fac-simile sotto indicato:

Codice sede	Codice ditta	c.c	Numero di riferimento	Importo a debito da versare

FAC-SIMILE DI MOD.F24 - SEZIONE INAIL

Modalità di compilazione Modello F24 EP:

Sezione "CONTRIBUENTE"

Campo "CODICE FISCALE", indicare il codice fiscale della stazione appaltante.....

Campo "VERSAMENTO EFFETTUATO IN QUALITA' DI", indicare il codice: "51"

(Intervento sostitutivo – art. 4 del D.P.R. n. 207/2010)

Campo "PER CONTO DI", indicare il codice fiscale della ditta:.....

Sezione "DETTAGLIO VERSAMENTO"

Campo "SEZIONE", indicare: N

Campo "CODICE TRIBUTO/CAUSALE", indicare il numero di riferimento compilando un rigo per ciascun riferimento:.....

Campo "CODICE", indicare il codice della Sede INAIL:.....

Campo "ESTREMI IDENTIFICATIVI", indicare il codice ditta:.....

Campo "RIFERIMENTO A", indicare: P

Campo "RIFERIMENTO B": non deve essere compilato

Campo "IMPORTI A DEBITO VERSATI", indicare gli importi da versare

all'Istituto corrispondenti ai numeri di riferimento:.....

FAC-SIMILE F24 EP

Sezione	Codice tributo/ causale	Codice	Estremi identificativi	Riferimento A	Riferimento B	Importi a debito versati
N	902013	42400	18168980	P	=====	€. 6.310,64
N	110026	42400	18168980	P	=====	€. 252,41

Si ricorda che il pagamento deve essere effettuato con la massima tempestività, avendo cura di inviare alla scrivente Sede copia delle ricevute di versamento via e-mail all'indirizzo oristano@inail.it o via PEC all'indirizzo oristano@postacert.inail.it.

IL RESPONSABILE DEL PROVVEDIMENTO

Dellisanti Maria

Firma a stampa ai sensi dell'art.3, del Decreto Legislativo 12.02.1993, n.39

Per eventuali comunicazioni, si forniscono i dati del funzionario competente:

Sig.a Dellisanti Maria tel. 0783 367228