

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Direzione Territoriale Cagliari
Carbonia Iglesias e Medio Campidano
e-mail: cagliari@inail.it
PEC: cagliari@postacert.inail.it

ATS SARDEGNA
Area Socio Sanitaria Locale
ORISTANO

OGGETTO: Intervento sostitutivo- Dati per il pagamento.

Codice fiscale ditta STZSML90S29B354X

Codice ditta INAIL (2) 19671044/24

Ditta SITZIA SAMUELE

Come richiesto da codesta stazione appaltante con nota prot n°43 del 19.07.2017

si trasmette di seguito il dettaglio delle irregolarità Inail relative alla ditta ed al DURC indicati in oggetto.

Si comunica che alla data odierna l'importo dell'inadempienza contributiva della ditta in oggetto risulta pari a €. () (3)

Il versamento all' Inail deve avvenire utilizzando il modello di pagamento unificato F.24 o, per gli enti e amministrazioni dello stato che rientrano nel sistema di tesoreria unica, tramite F.24 EP.

Modalità di compilazione Modello F24:

nella sezione "CONTRIBUENTE"

- a) Campo "CODICE FISCALE " indicare il codice fiscale della ditta.
STZSML90S29B354X
- b) Campo "CODICE FISCALE" del Coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare (4) indicare il codice della stazione appaltante o amministrazione precedente. **92005870909**

- c) Campo **“CODICE IDENTIFICATIVO”** indicare il codice **“51”** che identifica il pagamento a titolo di (intervento sostitutivo – art.4 del D.P.R. n°207/2010).

Sezione “INAIL” riportare i seguenti dati, compilando un rigo per ciascun numero di riferimento:

Campo **“CODICE SEDE”**, indicare il codice della Sede INAIL. **42100**

Campo **“CODICE DITTA”**, indicare il codice ditta. **19671044**

Campo **“C.C.”**, indicare il codice controllo. **24**

Campo **“NUMERO DI RIFERIMENTO”** indicare i numeri 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

Codice Sede Codice ditta Codice contr. n° di riferim. Causale Importo a debito versati in €.

42100	19671044	24	902017	P	889,85

Giannini Giovanni - gio.giannini@inail.it – Fax n° 6052-231

- (1) Indicare l'esatto codice fiscale ditta per la quale effettuare il pagamento.
- (2) Indicare l'esatto codice Ditta INAIL per la quale effettuare il pagamento.
- (3) Indicare l'importo attuale dell'irregolarità INAIL esclusivamente nel caso in cui questo sia inferiore alla somma indicata dalla stazione appaltante nella comunicazione preventiva.
- (4) Risoluzione Agenzia delle Entrate n°34/E del 11 aprile 2012

(A.Locche)

Oggetto: I: ANOMALIA MESSAGGIO: Nuovo modulo intervento sostitutivo da inviare -F.24-Processo Aziende- A.Locche
Mittente: "Posta Certificata" <cagliari@postacert.inail.it>
Data: 20/07/2017 14:51
A: <Nuove.opere.ristrutturazioni@pec.asloristano.it>

— ForwardedMessage.eml —

Oggetto: Nuovo modulo intervento sostitutivo da inviare -F.24-Processo Aziende- A.Locche
Mittente: "Locche Antonello" <a.locche@inail.it>
Data: 20/07/2017 14:11
A: <cagliari@postacert.inail.it>

Nuove.opere.ristrutturazioni@pec.asloristano.it

Si invia intervento sostitutivo ditta SITZIA SAMUELE codice ditta n°19671044/24.

— Allegati: —

ForwardedMessage.eml	111 KB
Nuovo modulo intervento sostitutivo da inviare -F.24.pdf	77,1 KB