



COMUNE DI BARRAFRANCA

Provincia di Enna

DETERMINAZIONE DEL CAPO DEL III SETTORE

N. 031 / 100 DEL 09 / 02 / 2018

OGGETTO: Autoliquidazione premio INAIL –Regolazione anno 2017 ed acconto anno 2018- Cantieri di Servizi L.R. 5/05.

L'anno duemiladiciotto addì *Nove* del mese di *Febbraio* nell'ufficio del Caposettore.

**Oggetto: Autoliquidazione premio INAIL –Regolazione anno 2017 ed acconto anno 2018-
Cantieri di Servizi L.R. 5/05.**

IL CAPO DEL III SETTORE

In conformità alle vigenti disposizioni in materia dovrà provvedersi alla autoliquidazione del premio assicurativo INAIL – Operatori Cantieri di Servizi di cui alla L.R. 5/05;

Visto il prospetto predisposto dal Servizio “Trattamento Economico del Personale” , che si allega in copia;

Ritenuto di dovere provvedere alla liquidazione di complessivi €. 2.292,17 (formalmente già accantonati e che trovano copertura finanziaria alle partite di giro cap. 5005);

Che questo Ente con delibera del Commissario Straordinario n. 3 del 19/01/2016 ha dichiarato il dissesto finanziario;

Visto l'art. 250 comma 1 del D.to L.vo n. 267/00;

VISTO l'art. 2 della L. R. n. 23/98;

VISTI gli artt. 107, 151 e 184 del D. L. 267/2000;

VISTO la L.R. n. 5 del 19/05/05;

VISTO il Regolamento sull'Ordinamento Generale degli Uffici e Servizi, approvato con delibera di G.C. n. 71 del 06/04/2012;

DETERMINA

1. Per la causale di cui in premessa , liquidare in favore dell'INAIL di Enna la complessiva somma di **€ 2.292,17** (Operatori Cantieri di Servizi L.R. 5/05);
2. Dare atto che la somma di cui al punto 1. (**€ 2.292,17**), già formalmente accantonata, trova copertura finanziaria alle partite di giro cap. 5005;
3. Dare atto che la liquidazione è disposta nel rispetto dei divieti e degli obblighi previsti dall'art. 250 comma 1 del D.to L.vo n. 267/00 ;
4. Autorizzare i Servizi Finanziari ad emettere mandato di pagamento.

Letto, approvato e sottoscritto:

IL CAPO del III SETTORE

F/to Dott.ssa Anna Schirò

Al sensi del 4° comma dell'art. 151 del Decreto Legislativo n. 267/2000, il sottoscritto Capo del 1° Settore – Affari Finanziari appone il visto di regolarità contabile, ed attesta la copertura finanziaria.

Il Responsabile del Settore Finanziario

F/to Dott.ssa. Giuseppina Crescimanna

Pubblicato all'Albo Pretorio on line di questo Comune in data _____ e per quindici giorni consecutivi.

Barrafranca,

IL SEGRETARIO GENERALE

Copia conforme all'originale ad uso amministrativo.

Barrafranca, _____

IL SEGRETARIO GENERALE

RIPARTIZIONE AUTOLIQUIDAZIONE INAIL 2018

POSIZIONE	DESCRIZIONE	PREMIO REGOLAZIONE	ANTICIPO 2018	ANTICIPO 2017	SALDO
204970006	CANT. SERV. L.R. 5/05	3.513,85	3.542,04	4.763,72	2.292,17
TOTALE		3.513,85	3.542,04	4.763,72	2.292,17

TOTALE PREMIO DOVUTO € 2.292,17

MODELLO DI PAGAMENTO

DELEGA IRREVOCABILE A:

UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CODICE FISCALE 8 0 0 0 3 2 1 0 8 6 3

barrare in caso di anno di imposta

non coincidente con anno solare

☐

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

COMUNE DI BARRAFRANCA

data di nascita

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

comune

prov.

via o numero civico

DOMICILIO FISCALE

ENNA

E N

VIA SANTA RITA SNC

codice tributo

municipalità
regione/prov.anno di
riferimento

importo a debito versati

importo a credito compensati

IMPOSTE DIRETTE-IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

TOTALE

A

0,00

B

0,00

+/= SALDO (A-B)

-

codice ufficio

codice atto

codice sede

causale tributo

matricola INPS

codice INPS

filiale azienda

da

periodo di riferimento

da

a

mm/aaaa

importo a debito versati

importo a credito compensati

TOTALE

C

0,00

D

0,00

+/= SALDO (C-D)

-

codice regione

codice tributo

municipalità

anno di riferimento

importo a debito versati

importo a credito compensati

TOTALE

E

0,00

F

0,00

+/= SALDO (E-F)

-

codice ente locale

TOTALE

G

0,00

H

0,00

+/= SALDO (G-H)

-

codice sede

posizione assicurativa

numero

di riferimento

causale

importo a debito versati

importo a credito compensati

INAIL

41400

05764662

25

902018

P

2292,17

+/= SALDO (I-L)

TOTALE

I

2292,17

L

0,00

2.292,17

codice ente

cod sede

causale contributo

codice posizione

da

a

mm/aaaa

a

mm/aaaa

importo a debito versati

importo a credito compensati

TOTALE

M

0,00

N

0,00

+/= SALDO (M-N)

-

Barrare in caso di versamento da parte di
erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO

+

2.292,17

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/SPORTELLLO

DATA

giorno

mese

anno

03556

cod. ABI

CAB

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

☐ bancario/postale☐ circolare/vaglia postale

Autorizzo addebito su

conto corrente bancario n°

cod. ABI

/ CAB

firma