

UOC Risorse Umane

**Il dirigente della UOC Risorse Umane
in virtù della delega conferita con deliberazione N°232/2015
HA ASSUNTO LA PRESENTE DETERMINAZIONE**

N. 530 del 10/06/2020

OGGETTO: Pagamento mod. F23 relativo al versamento del contributo unificato in ordine al giudizio per riassunzione promosso dal GDL srl rgn 79546/2019.

Esercizi/o 2020 - conto 509030203 Centri/o di costo 101100

- **Importo presente Atto: € 1.214,00**

- **Importo esercizio corrente: € 1.214,00**

Budget

- **Assegnato: € 600.000,00**

- **Utilizzato: € 532.594,38**

- **Residuo: € 66.191,62**

Autorizzazione n°: 2020/94110.1293

Servizio Risorse Economiche: **Cinzia Bomboni**

UOC Risorse Umane Proposta n° DT-531-2020

L'estensore

Graziano Fronteddu

Il Responsabile del Procedimento

Eleonora Allocca

Il Dirigente della UOC Risorse Umane

Sonia Evangelisti

La presente determinazione si compone di n° 3 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:

Il Dirigente della UOC Risorse Umane

- VISTO il D. Lgs. 30/12/1992 n° 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
 il D. Lgs. 16 ottobre 2003, n° 288;
- VISTA la Legge Regionale 23 gennaio 2006 n° 02;
- VISTO l'Atto Aziendale adottato con deliberazione del 06/06/2019 n° 419;
- VISTA la nota prot. I.F.O. n° 967 del 22/10/2020 con la quale si è disposto in via temporanea di trasferire le attività relative alla gestione del Contenzioso e al Governo dei Contratti Assicurativi alla U.O.C. Risorse Umane;
- PREMESSO che la Società GDL srl ha intentato un ricorso dinanzi al Tribunale Civile di Roma ai fini della comparsa di riassunzione relativamente all'affidamento in concessione del servizio di somministrazione di bevande calde e fredde tramite l'installazione di distributori automatici presso i locali I.F.O.;
 che gli I.F.O. con deliberazione n° 246/2020 hanno affidato l'incarico per la rappresentanza e difesa dell'Ente all'Avv. Maria Rosaria Russo Valentini;
- CONSIDERATO che con e-mail dell'08/06/2020 il predetto legale ha inviato a questi Istituti il mod. F23, che forma parte integrante e sostanziale della presente determinazione, per il pagamento del contributo unificato relativo alla causa in questione pari ad € 1.214,00;
- RITENUTO opportuno e necessario procedere al pagamento ai fini della costituzione in giudizio;
- ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 14 gennaio 1994, n. 20 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 7 agosto 1990, n. 241, come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15.
- ATTESTATO altresì che il presente provvedimento è predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio.

DETERMINA

Per i motivi esposti in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- effettuare il pagamento del contributo unificato mod. F23, che forma parte integrante e sostanziale della presente determinazione, di € 1.214,00 relativo al giudizio IFO/GDL srl rgn 79546/2019;

- far gravare la relativa spesa di € 1.214,00 sul conto n. 5.09.03.02.03, esercizio 2020.

La U.O.C. Risorse Economiche curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

La UOC Risorse Umane curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

Il Dirigente della UOC Risorse Umane

Sonia Evangelisti

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate



**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

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI		NOME		DATA DI NASCITA	
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE ROMA	PROV. R M	CODICE FISCALE 0 2 1 5 3 1 4 0 5 8 3		

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE		NOME		DATA DI NASCITA	
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE		

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE 9 B X codice sub. codice (*)	7. COD. TERRITORIALE (*) H 5 0 1	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO Anno Numero
---	--	----------------	------------	--

11. CODICE TRIBUTO 9 4 1 T	12. DESCRIZIONE (*) CONTRIBUTO UNIFICATO DI ISCRIZIONE A RUOLO NEI PROCEDIMENTI GIURISDIZIONALI	13. IMPORTO 1214,00	14. COD. DESTINATARIO
--------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------------

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

1.214,00

EURO (lettere)

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

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

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

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO

 PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: **ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI** NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____
 SESSO M o F: M F COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: **ROMA** PROV.: **R M** CODICE FISCALE: **0 2 1 5 3 1 4 0 5 8 3**
giorno mese anno

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: _____ NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____
 SESSO M o F: M F COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: _____ PROV.: _____ CODICE FISCALE: _____
giorno mese anno

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: **9 B X** sub. codice (*) 7. COD. TERRITORIALE (*): **H 5 0 1** 8. CONTENZIOSO: 9. CAUSALE: 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno _____ Numero _____

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
9 4 1 T	CONTRIBUTO UNIFICATO	1214,00	
	DI ISCRIZIONE A RUOLO	,	
	NEI PROCEDIMENTI	,	
	GIURISDIZIONALI	,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		1.214,00	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

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		



**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

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: **ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI** NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____
 SESSO M o F: M F COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: **ROMA** PROV.: **R M** CODICE FISCALE: **0 2 1 5 3 1 4 0 5 8 3**
giorno mese anno

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: _____ NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____
 SESSO M o F: M F COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: _____ PROV.: _____ CODICE FISCALE: _____
giorno mese anno

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: **9 B X** sub. codice (*) 7. COD. TERRITORIALE (*): **H 5 0 1** 8. CONTENZIOSO: 9. CAUSALE: 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno _____ Numero _____

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
9 4 1 T	CONTRIBUTO UNIFICATO	1214,00	
	DI ISCRIZIONE A RUOLO	,	
	NEI PROCEDIMENTI	,	
	GIURISDIZIONALI	,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		1.214,00	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

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		