

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. 602 del 06/07/2020

OGGETTO: Pagamento del contributo unificato e del contributo unificato integrativo per un importo complessivo di € 3.599,00 relativo al giudizio avanti la Suprema Corte di Cassazione IFO/E.L.

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

- **Importo presente Atto: € 3.599,00**

- **Importo esercizio corrente: € 3.599,00**

Budget

- **Assegnato: € 800.000,00**

- **Utilizzato: € 533.808,38**

- **Residuo: € 262.592,62**

Autorizzazione n°: 2020/94110.1443

Servizio Risorse Economiche: **Livio Cardelli**

UOC Risorse Umane Proposta n° DT-595-2020

L'estensore

Graziano Fronteddu

Il Responsabile del Procedimento

Eleonora Allocca

Il Dirigente della UOC Risorse Umane

Cinzia Bomboni

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 con deliberazione n° 275 del 02/03/2020 si è deciso di conferire all'Avv. Giulio Masotti l'incarico per la rappresentanza e difesa dell'Ente nel ricorso promosso avanti la Suprema Corte di Cassazione nei confronti dei Sigg.ri A.L., eredi del Sig.L.V.;

CONSIDERATO che con e-mail del 23/06/2020 il predetto legale ha richiesto il pagamento del contributo unificato pari ad € 3.399,00 oltre al contributo unificato integrativo pari ad € 200,00, che formano parte integrante e sostanziale della presente determinazione, relativo alla causa in questione;

RITENUTO opportuno e necessario, pertanto, procedere al pagamento di detti contributi 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 pari di € 3.399,00 e del contributo unificato integrativo pari ad € 200,00 come da F23 allegati relativo al giudizio IFO/E.L.;

- far gravare la relativa spesa di € 3.599,00 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

Cinzia Bomboni

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

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE NOME DATA DI NASCITA

4. **ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI**

SESSO M o F 	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE ROMA	PROV. R M	CODICE FISCALE giorno mese anno 0 2 1 5 3 1 4 0 5 8 3
-----------------	------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE NOME DATA DI NASCITA

5. **LELI**

SESSO M o F M	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE Campotosto	PROV. A Q	CODICE FISCALE giorno mese anno 0 7 0 4 1 9 6 0 L L E N D R 6 0 D 0 7 B 5 6 9 L
-------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE 7. COD. TERRITORIALE (*) 8. CONTENZIOSO 9. CAUSALE 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">E</td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: x-small;">codice</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">sub. codice (*)</td> </tr> </table>	4	A	E		codice			sub. codice (*)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table>	H	5	0	1	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	5	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">P</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table>	P	A	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center; font-size: x-small;">Anno Numero</td> </tr> </table>	2	0	2	0								Anno Numero										
4	A	E																																							
codice			sub. codice (*)																																						
H	5	0	1																																						
5																																									
P	A																																								
2	0	2	0																																						
Anno Numero																																									

11. CODICE TRIBUTO 12. DESCRIZIONE (*) 13. IMPORTO 14. COD. DESTINATARIO

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
9 4 1 T	CONTR. UNIF. ISCR. RUOLO PROC. GIU	200 , 0 0	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 200 , 0 | 0

EURO (lettere)

duecento/00

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

DATA	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPOTELLO
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

[Empty box for payment recipient]

2. DELEGA IRREVOCABILE A

[Empty box for delegation]

AGENZIA/UFFICIO

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

[Empty box for reference number]

DATI ANAGRAFICI

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

4. ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

[M] ROMA

R M

0 2 1 5 3 1 4 0 5 8 3

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

5. LELI

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

[M] Campotosto

A Q

L L E N D R 6 0 D 0 7 B 5 6 9 L

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE

7. COD. TERRITORIALE (*) 8. CONTENZIOSO

9. CAUSALE

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

4 A E []
codice sub. codice (*)

H 5 0 1

5

P A

Anno Numero
2 0 2 0 [] [] [] [] [] [] [] []

11. CODICE TRIBUTO

12. DESCRIZIONE (*)

13. IMPORTO

14. COD. DESTINATARIO

9 4 1 T

CONTR. UNIF. ISCR. RUOLO PROC. GIU

200, 0 0

[] [] [] [] [] [] [] []

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

200, 0 0

EURO (lettere)

duecento/00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

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

[Empty box for payment details]



**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. **ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI**

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. **LELI**

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: **LELI** | NOME: **ANDREA** | DATA DI NASCITA: **0 7 0 4 1 9 6 0**

SESSO M o F: **M** | COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: **Campotosto** | PROV.: **A Q** | CODICE FISCALE: **L L E N D R 6 0 D 0 7 B 5 6 9 L**

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: **4 A E** (codice) | (sub. codice (*))

7. COD. TERRITORIALE (*): **H 5 0 1**

8. CONTENZIOSO: **5**

9. CAUSALE: **P A**

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno **2 0 2 0** | Numero

11. CODICE TRIBUTO 9 4 1 T	12. DESCRIZIONE (*) CONTR.UNIF.ISCR.RUOLO PROC.GIU	13. IMPORTO 200,00	14. COD. DESTINATARIO <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	200,00	<input type="text"/>

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO **200,00**

EURO (lettere)

duecento/00

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

DATA giorno mese anno	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

Roma

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO PROV. PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

DATI ANAGRAFICI

4. ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI
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. LELI
COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: LELI
NOME: ANDREA
DATA DI NASCITA: 0 7 0 4 1 9 6 0
SESSO M o F: M
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: Campotosto
PROV.: A Q
CODICE FISCALE: L L E N D R 6 0 D 0 7 B 5 6 9 L

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: 4 A E
7. COD. TERRITORIALE (*): H 5 0 1
8. CONTENZIOSO: 5
9. CAUSALE: P A
10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno 2 0 2 0, Numero

Table with 4 columns: 11. CODICE TRIBUTO, 12. DESCRIZIONE (*), 13. IMPORTO, 14. COD. DESTINATARIO. Includes rows for CONTR.UNIF.ISCR.RUOLO PROC.GIU and DIRITTI DI CANC. E SEGR. GIUD. with total import of 3.399,00.

EURO (lettere) tremilatrecentonovantanove/00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)
DATA: giorno mese anno
CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE: AZIENDA CAB/SPOTELLO

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

Roma

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. ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI ROMA R M 0 2 1 5 3 1 4 0 5 8 3

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE NOME DATA DI NASCITA

5. LELI

LELI ANDREA 0 7 0 4 1 9 6 0 L L E N D R 6 0 D 0 7 B 5 6 9 L

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE 7. COD. TERRITORIALE (*) 8. CONTENZIOSO 9. CAUSALE 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

4 A E H 5 0 1 5 P A 2 0 2 0

11. CODICE TRIBUTO 12. DESCRIZIONE (*) 13. IMPORTO 14. COD. DESTINATARIO

Table with columns: CODICE TRIBUTO, DESCRIZIONE, IMPORTO, COD. DESTINATARIO. Includes rows for CONTR. UNIF. ISCR. RUOLO PROC. GIU and DIRITTI DI CANC. E SEGR. GIUD. with total amount 3.399,00.

EURO (lettere)

tremilatrecentonovantanove/00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

Table with columns: DATA, CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE (AZIENDA, CAB/SPOTELLO)

Empty box for additional information



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

Roma

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

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE		NOME		DATA DI NASCITA		
5. LELI		ANDREA		0 7 0 4 1 9 6 0		
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE			
M	Campotosto	A Q	L L E N D R 6 0 D 0 7 B 5 6 9 L			

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE	7. COD. TERRITORIALE (*)	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO
4 A E	H 5 0 1	5	P A	Anno: 2 0 2 0
codice sub. codice (*)				Numero

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
9 4 1 T	CONTR. UNIF. ISCR. RUOLO PROC. GIU	3.372,00	
9 4 3 T	DIRITTI DI CANC. E SEGR. GIUD.	27,00	
PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO		3.399,00	

EURO (lettere)

tremilatrecentonovantanove/00

ESTREMI DEL VERSAMENTO				
(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)				
DATA			CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
			AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno	me	anno		

Empty box for stamp or signature