

**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. 793 del 21/09/2020**

**OGGETTO: Pagamento del contributo unificato nel giudizio promosso nei confronti degli eredi del sig. P.G.**

Esercizi/o 2020 - conto 509030203    Centri/o di costo 2001000

- **Importo presente Atto: € 259,00**

- **Importo esercizio corrente: € 259,00**

Budget

- **Assegnato: € .**

- **Utilizzato: € .**

- **Residuo: € .**

**Autorizzazione n°: 2020/94110.1718**

Servizio Risorse Economiche: **Livio Cardelli**

UOC Risorse Umane    Proposta n° DT-801-2020

**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 UOC Risorse Umane;
- PREMESSO            che i Sigg.ri R.C., P.S. e P.Y, eredi del Sig. P.G., hanno intentato dinanzi al Tribunale Civile di Roma un ricorso ex art.702 bis c.p.c. teso ad ottenere il risarcimento dei presunti danni subiti dal Sig. P.G.;
- che con deliberazione n° 383 del 20/03/2020 è stato conferito all'Avv. Maria Rosaria Russo Valentini l'incarico per la rappresentanza e difesa dell'Ente nel ricorso sopra citato;
- CONSIDERATO        che con e-mail del 10/09/2020 il predetto legale ha richiesto il pagamento del contributo unificato pari ad € 259,00 che forma parte integrante e sostanziale della presente determinazione, relativo alla causa in questione, ai fini della costituzione in giudizio dell'Ente;
- RITENUTO             opportuno e necessario, pertanto, procedere al pagamento di cui sopra;
- 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:**

- disporre il pagamento del contributo unificato pari di € 259,00, di cui al modello F23 allegato, relativo al giudizio IFO/contro eredi. P.G.;
- far gravare la relativa spesa di € 259,00 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. ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	NOME	DATA DI NASCITA
COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE		
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.
	ROMA	R M
		CODICE FISCALE
		giorno mese anno
		0 2 1 5 3 1 4 0 5 8 3

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

**DATI DEL VERSAMENTO**

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

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
9 4 1 T	contributo unificato di	259,00	
	iscrizione a ruolo nei		
	procedimenti giurisdizionali		
	comparsa di costituzione		
	e risposta con dichiarazione		
	di chiamata di terzo		
	in causa		

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

259,00

EURO (lettere)

DUECENTOCINQUANTANOVE

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	

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario			
n.	/		
	cod. ABI	CAB	
firma			

(\*) RISERVATO ALL'UFFICIO



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

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

**DATI DEL VERSAMENTO**

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

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
9 4 1 T	contributo unificato di	259,00	
	iscrizione a ruolo nei		
	procedimenti giurisdizionali		
	comparsa di costituzione		
	e risposta con dichiarazione		
	di chiamata di terzo		
	in causa		

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 259,00

EURO (lettere)

DUECENTOCINQUANTANOVE
-----------------------

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

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

--

Conforme al modello Ministeriale - www.agenziaentrate.it

STUDIO MENICCHETTI - www.studiomenicchetti.it



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

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

**DATI DEL VERSAMENTO**

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

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
9   4   1   T	contributo unificato di	259,00	
	iscrizione a ruolo nei		
	procedimenti giurisdizionali		
	comparsa di costituzione		
	e risposta con dichiarazione		
	di chiamata di terzo		
	in causa		

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

259,00

EURO (lettere)

DUECENTOCINQUANTANOVE
-----------------------

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

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

--

Conforme al modello Ministeriale - www.agenziaentrate.it

STUDIO MENICCHETTI - www.studiomenicchetti.it