

**COMUNE DI SANTA MARINA SALINA**

VIA RISORGIMENTO 176 - 98050 - SANTA MARINA

Tel. 090-9843251 - Fax 090-9843400

P.IVA - COD.FIS. 00149690836

Numero avviso	Data avviso
572	01.07.2021
Periodo di riferimento	
ACCONTO ANNO 2021	

**Tassa Rifiuti - TARI**

Codice utente 2222

Protocollo n. 4727 del 01/07/2021

Recapito

Intestatario

PROVINCIA REGIONALE MESSINA

Partita IVA 80002760835

corso cavour, 87

MESSINA

PROVINCIA REGIONALE MESSINA

corso cavour, 87

98100 MESSINA (ME)

Modalità di pagamento
Utilizzare l'allegato modello F24 presso qualsiasi ufficio postale o istituto di credito

Scadenza
<b>31.07.2021</b>

Importo da pagare Euro
<b>415,00</b>

	Rata unica	1° rata	2° rata	3° rata
Scadenza pagamenti	31.07.2021	31.07.2021	30.09.2021	30.11.2021
	415,00	138,00	138,00	139,00

Ubicazione locali Destinazione d'uso Estremi catastali	Anno e giorni	Metri quadrati e occupanti	Tariffa fissa e variabile	Importo DOVUTO
Via Rinascente AB.PRINC. E STAGIONALI MAGAZZINI E GARAGE Locali tenuti a disposizione A/04 - Fgl.7 Num.1207	2021 365	59,00 3	0,590819 35,500000	111,32
Via Rinascente AB.PRINC. E STAGIONALI MAGAZZINI E GARAGE Locali tenuti a disposizione A/04 - Fgl.7 Num.1239 Sub.2	2021 365	64,00 3	0,590819 35,500000	113,64
VIA CRISPI FRANCESCO AB.PRINC. E STAGIONALI MAGAZZINI E GARAGE Locali tenuti a disposizione A/04 - Fgl.7 Num.1239 Sub.1	2021 365	104,00 5	0,637158 34,960000	189,84

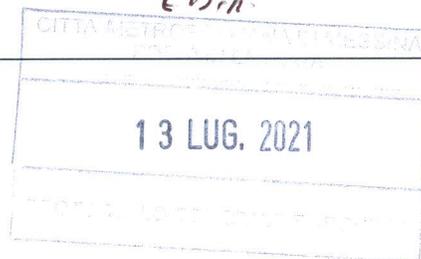
## Dettaglio importi

<b>Servizio raccolta rifiuti</b>	<i>Euro</i>
Tassa spettante al Comune	395,05
Addizionale Provinciale (5,00%)	19,75
<b>TOTALE da pagare Euro (arrotondato all'euro)</b>	<b>415,00</b>

## Comunicazioni

L'acconto si riferisce al 75% del dovuto totale annuo.

**CITTA' METROPOLITANA  
di MESSINA  
ENTRATA  
14/07/2021  
Protocollo n.0025929/21**

PROTOCOLLO N. 1028/T.P.DEL 15/07/2021

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE** 8 0 0 0 2 7 6 0 8 3 5 codice ufficio codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale nome

**DATI ANAGRAFICI** PROVINCIA REGIONALE MESSINA

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare** codice identificativo

**MOTIVO DEL PAGAMENTO** IDENTIFICATIVO OPERAZIONE 2 0 2 1 0 0 0 0 1 0 0 2 2 2 2 0 6 8

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	1 2 5 4					3	0101	2021		395 25	
E L	TEFA	1 2 5 4					3	0101	2021		19 75	

TARI del COMUNE DI SANTA MARINA SALINA RATA UNICA con scadenza 31.07.2021

**SALDO FINALE** EURO + 415,00

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

**ESTREMI DEL VERSAMENTO** (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE AZIENDA CAB/SPORTELLIO

Pagamento effettuato con assegno  bancario/postale  circolare/vaglia postale

n.ro \_\_\_\_\_

tratto / emesso su \_\_\_\_\_ cod. ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE** 8 0 0 0 2 7 6 0 8 3 5 codice ufficio codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale nome

**DATI ANAGRAFICI** PROVINCIA REGIONALE MESSINA

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare** codice identificativo

**MOTIVO DEL PAGAMENTO** IDENTIFICATIVO OPERAZIONE 2 0 2 1 0 0 0 0 1 0 0 2 2 2 2 0 6 8

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	1 2 5 4					3	0101	2021		395 25	
E L	TEFA	1 2 5 4					3	0101	2021		19 75	

**FIRMA**

**SALDO FINALE** EURO - 415,00

Autorizzo addebito su c/c IBAN IT \_\_\_\_\_

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

**ESTREMI DEL VERSAMENTO** (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE AZIENDA CAB/SPORTELLIO

Pagamento effettuato con assegno  bancario/postale  circolare/vaglia postale

n.ro \_\_\_\_\_

tratto / emesso su \_\_\_\_\_ cod. ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_