



**PROVVEDIMENTO N. 04 DEL 16/01/2025**

**Oggetto: LIQUIDAZIONE F24 CONTRIBUTI INAIL-INPS-RITENUTA ACCONTO**

**VISTO** il Decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178 e ss.mm.ii. di riorganizzazione dell'Associazione Italiana della Croce Rossa a norma dell'art. 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183;

**VISTA** l'iscrizione dell'Associazione della CRI Comitato di Terni ODV nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, con rep. n. 47140;

**VISTO** lo Statuto del Comitato CRI di TERNI rep. n.40772 racc. n. 26989 depositato a BASTIA UMBRA in data 28/10/2019;

**VISTO** il verbale n. 011/2024 di proclamazione elezioni per il rinnovo degli organi statuari dei Comitati Territoriali CRI della Regione UMBRIA del 23/05/2024 con cui, in base agli esiti delle consultazioni elettorali per il rinnovo del Consiglio Direttivo del Comitato di TERNI, tenutesi in data 19/05/2024, PIETRO BUSCAGLIA è stato proclamato eletto alla carica di Presidente del Comitato medesimo, con decorrenza 23/05/2024;

**VISTI** l'art. 24.1 del vigente Statuto e l'art. 25 dello Statuto tipo e i poteri ivi conferiti al Presidente;

**VISTO** il prospetto contabile retribuzioni dipendenti;

**VISTO** il pagamento a titolo di contributi INPS relativi al mese di Dicembre 2024;

**RILEVATO** sulla base del riepilogo paghe i versamenti da effettuare per conto dell'INPS di Terni;

**CONSIDERATO** l'obbligo di effettuare il versamento della ritenuta d'acconto direttamente all'Erario;

Con i poteri conferiti dallo Statuto,

**DETERMINA**

- Per le ragioni espresse in premessa
  1. Di liquidare e pagare i versamenti INAIL-INPS-IRPEF-ADD.REG.-ADD.COM.-RITENUTA D'ACCONTO, tramite il modello F24 come da allegato;

**Croce Rossa Italiana  
Comitato di TERNI - ODV  
Il Presidente**



**Croce Rossa Italiana**

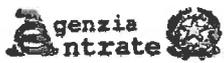
2. Di portare a ratifica il presente provvedimento al primo Consiglio Direttivo del Comitato;
3. Di trasmettere il provvedimento al Comitato Regionale.

Terni, 16/01/2025

**Il Presidente**



Il Presidente del Comitato  
C. di TERNI  
(Piero Fucaglia)



DELEGA IRREVOCABILE A:

B.O DESIO E DELLA BRIANZA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA TERNI CORSO DEL POPO PROV. TR PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 91067350552 cognome, denominazione o ragione sociale

Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI CROCE ROSSA ITALIANA COMITATO PROV. LE TE

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

DOMICILIO FISCALE TERNI TR VIALE TRIESTE 46

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

SEZIONE ERARIO

Table with columns: codice tributo, rateazione/regione/prov.mese rif., anno di riferimento, importi a debito versati, importi a credito compensati. Rows include IMPOSTE DIRETTE - IVA, RITENUTE ALLA FONTE, ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI, and a TOTAL A row.

SEZIONE INPS

Table with columns: codice sede, causale contributo, matricola INPS/codice INPS/filiale azienda, periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa, importi a debito versati, importi a credito compensati. Includes a TOTAL C row.

SEZIONE REGIONI

Table with columns: codice regione, codice tributo, rateazione/mese rif., anno di riferimento, importi a debito versati, importi a credito compensati. Includes a TOTAL E row.

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

Table with columns: codice ente/codice comune, numero immobile, codice tributo, rateazione/mese rif., anno di riferimento, importi a debito versati, importi a credito compensati. Includes a TOTAL G row.

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

Table with columns: codice sede, codice ditta, c.c., numero di riferimento, causale, importi a debito versati, importi a credito compensati. Includes a TOTAL I row.

Table with columns: codice ente, codice sede, causale contributo, codice posizione, periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa, importi a debito versati, importi a credito compensati. Includes a TOTAL M row.

FIRMA SALDO FINALE EURO + 26953,00

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

Table with columns: DATA (giorno, mese, anno), CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE (AZIENDA, CAB/SPORTELLO), Pagamento effettuato con assegno (bancario/postale, circolare/vaglia postale), n.ro, tratto / emesso su, cod. ABI, CAB.

PROT N 45 DEL 13.01.25 INVIATO A AGOST.V.

CONFORME AL DECRETO DIRETTORE AGENZIA DELLE ENTRATE 19/06/2013

