

**ORDINE PROFESSIONALE degli ASSISTENTI SOCIALI della CALABRIA**

**Consiglio Regionale della Calabria**

**Deliberazione del Consiglio n° 160 del 29/05/2020 - Verbale n° 6/2020**

**OGGETTO: APPROVAZIONE VERIFICHE PRIMO TRIMESTRE 2020**

L'anno 2020, il giorno 29 del mese di maggio, il Consiglio dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Calabria, riunitosi in modalità remota nel rispetto delle misure di contenimento della diffusione del COVID-19, a seguito di rituale convocazione, rilevata la presenza dei sottindicati Consiglieri:

COMPONENTI DEL CONSIGLIO	PRESENTI	ASSENTI
<b>FERRARA Danilo</b> - Presidente	X	
<b>MURI Maria Grazia</b> - Vicepresidente	X	
<b>SAMÀ Vito</b> - Consigliere Segretario	X	
<b>CARIOTI Federico</b> - Consigliere Tesoriere	X	
<b>ADILARDI Antonella</b> - Consigliere	X	
<b>CLERICÒ Diana</b> - Consigliere	X	
<b>COLURCIO Pasquale</b> - Consigliere	X	
<b>DE FILIPPIS Maria Rosaria</b> - Consigliere	X	
<b>DEMME Serafina</b> - Consigliere	X	
<b>LAGANÀ Nadia</b> - Consigliere	X	
<b>MALLAMACI Francesca</b> - Consigliere	X	
<b>ROMEO Pietro</b> - Consigliere	X	
<b>SARACENI Isabella</b> - Consigliere	X	
<b>SEVERINO Samuele</b> - Consigliere		X
<b>TERRANOVA Francesco</b> - Consigliere	X	

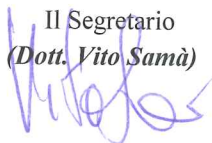
Verificata la validità della seduta il Presidente, dott. Danilo Ferrara;  
Deputato il Consigliere Segretario, dott. Vito Samà, alla redazione del verbale della riunione;  
Vista la Legge 23 marzo 1993 n°84;  
Visto il Decreto M.G.G. 11 ottobre 1994 n° 615;  
Visto il D.P.R. 5 giugno 2001 n° 328;  
Visto il D.P.R. 8 luglio 2005 n° 169;  
Visto il punto n. 6 all'o.d.g.: Verifiche trimestrali;  
Viste le verifiche effettuate dal Revisore indipendente per il primo trimestre 2020, allegate al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;  
Ravvisata la necessità di prendere atto ed approvare il documento;  
Il Consiglio, a maggioranza dei presenti,

**DELIBERA CON VOTO UNANIME**

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:  
Di approvare le verifiche effettuate dal Revisore indipendente per il primo trimestre 2020, allegate al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;  
Di pubblicare il presente provvedimento sul sito dell'Ordine nell'area Trasparenza.

La presente delibera, immediatamente esecutiva, è costituita da n. 1 pagina, oltre allegati.

Il Segretario  
(Dott. Vito Samà)



Il Presidente  
(Dott. Danilo Ferrara)







MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

\*\*\*\*\*

AGENZIA

\*\*\*\*\* PROV. \*\*

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 2 0 1 5 2 7 0 7 9 2

cognome, denominazione o ragione sociale

DATI ANAGRAFICI

ORDINE REG.LE ASSISTENTI SOCIALI

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

nome

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

prov.

DOMICILIO FISCALE

CATANZARO

prov. via e numero civico

C I Z VIA PAOLO ORSI N.1/1

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

SEZIONE ERARIO

codice identificativo

IMPOSTE DIRETTE - IVA  
RITENUTE ALLA FONTE  
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo

6040

rateazione/regione/  
prov./mese rif.

0012

anno di riferimento

2019

importi a debito versati

907,47

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

907,47B

+/- SALDO (A-B)

907,47

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/  
filiale azienda

da

mm/aaaa

a

mm/aaaa

periodo di riferimento:

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE C

D

+/- SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/  
mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E

F

+/- SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente /  
codice comune

Rate.

Immob. versati

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/  
mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE G

H

+/- SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

TOTALE I

L

+/- SALDO (I-L)

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

da

mm/aaaa

a

mm/aaaa

periodo di riferimento:

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M

N

+/- SALDO (M-N)

FIRMA

ORDINE REG.LE ASSISTENTI SOCIALI

SALDO FINALE

EURO

907,47

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

giorno

mese

anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

1 6 0 1 2 0 2 0

07601

04400

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su  
conto corrente codice IBAN

IT 6700760104400000010426880

firma

Riferimento: 16/01/2020/53

1\* COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Telematico Entratel



DELEGA IRREVOCABILE A: \*\*\*\*\*

## MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA \*\*\*\*\* PROV. \*\*  
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

## CONTRIBUENTE

**CODICE FISCALE** 0 2 0 1 5 2 7 0 7 9 2

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

**DATI ANAGRAFICI**

ORDINE REG.LE ASSISTENTI SOCIALI

data di nascita	sex (M o F)	comune (o Stato estero) di nascita
-----------------	-------------	------------------------------------

giorno	mese	anno
--------	------	------

comune

prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE CATANZARO

C | Z VIA PAOLO ORSI N.1/1

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

codice identificativo

## SEZIONE ERARIO

		codice tributo	rateazione/regione/ prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio	codice atto					
		<b>TOTALE</b>			<b>A</b>	<b>B</b>
						<b>SALDO (A-B)</b>

## SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/cedente filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
			da	a		
			mm/aaaa	mm/aaaa		
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
<b>TOTALE</b>			<b>C</b>		<b>D</b>	
					-	-
<b>SALDO (C-D)</b>						

## SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
014	3858	0012	2019	96533	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
			TOTALE	96533F	+ SALDO (E-F)
			E		+ 96533

## SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente / codice comune	Ranc.	Innomb. verbaliz.	Azi.	Suolo	numero immobili	codice tributo	rilevazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
detrattione							TOTALE	G	-	H
									<b>+/- SALDO (G-H)</b>	

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL						,	,	
						,	,	
						,	,	
						,	,	+/- SALDO (I-L)
				TOTALE	I	L		

codice ente	codice sede	causa/e contributo	codice posizione	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
				da mm/aaaa	a mm/aaaa		
							+/- SALDO (M-N)
				TOTALE	M	N	

## FIRMA

ORDINE REG.LE ASSISTENTI SOCIALI

## SALDO FINALE

EURO	+	96533
------	---	-------

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
			AZIENDA	CAB/SPORELLO	
giorno	mele	anno			n.ro _____
1   6   0   1   2   0   2   0			07601	04400	tratto / emesso su _____
					cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su  
conto corrente codice IBAN **IT 6700760104400000010426880**

firma \_\_\_\_\_

Riferimento:16/01/2020/54 1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE Telematico Entratel

DELEGA IRREVOCABILE A: POSTE ITALIANE

## MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA POSTE ITALIANE  
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV. CZ

## CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 2 0 1 5 2 7 0 7 9 2

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

DATI ANAGRAFICI      ORDINE PROFESSIONALE ASSISTENTI SOCIALI

data di nascita	sesto (M o F)	comune (o Stato estero) di nascita
-----------------	---------------	------------------------------------

giorno | mese | anno

comune (o Stato estero) di nascita

prov

Commune

prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE CATANZARO

CZ VIA PAOLO ORSI 1/1

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

codice identificativo

## SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/ prov./mese nf.	anno di niferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
	1655	0012	2019		81,58
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1001	0012	2019	1224,62	
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					
codice ufficio	codice atto				SALDO (A-B)
		TOTALE	A	1224,62B	81,58+
					1143,00

## SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	materiale INPS/codice INPS/ finale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
			da mm/aaaa	a mm/aaaa		
2200	DM10	2203890903	12	2019	1463 ,00	,
2200	CXX	2203890903	12	2019	2486 ,00	,
					,	,
					,	,
						+/- SALDO (C-D)
		TOTALE	C		3949 ,00D	+ 3949 ,00

## SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese n°	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				,	,
				,	,
				,	,
				,	*
<b>TOTALE E</b>				<b>F</b>	<b>SALDO (E-F)</b>

## SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

## IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

LOCALI						OPERAZIONE				
codice ente / codice comune	Ravv.	impegni variaz.	Acc.	Cassa	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
									+/-	SALDO (G-H)
detrazione							TOTALE	G	H	

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.e.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>INAIL</b>	_____	_____	____	_____	_____	,	,	
	_____	_____	____	_____	_____	,	,	
	_____	_____	____	_____	_____	,	,	
	_____	_____	____	_____	_____	,	,	
	_____	_____	____	_____	_____	,	,	
	_____	_____	____	_____	_____	,	,	
	<b>TOTALE I</b>					L		+/- SALDO (I-L)
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da _____ mm/aaaa	a _____ mm/aaaa  periodo di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	,	,	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	,	,	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	,	,	
	<b>TOTALE M</b>					N		+/- SALDO (M-N)

FIRMA

### SALDO FINALE

EURO | - | 5092,04

### ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB SPORTELLI	
16	01	2020	7601	04400	n.ro _____ tratto / emesso su _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>cod. ABI _____</span> <span>CAB _____</span> </div>

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

Pagamenti: Bonifici - Sepa credit transfer (int.) - Bonifici (int.)  
 Azienda: 0000532943 - Codice SIA: Null  
 Coord. Conto: 075010440010426880 - Descrizione: ORDINE - PROF. LE - REG. L. - Divise: EUR

CHUDS



Pagamenti: Bonifici - Sepa credit transfer.xml - Bonifici.xml  
 Azienda: 0000532943 - Codice SIA: Null  
 Coord. Conto: 076010440010426880 - Descrizione: ORDINE+PROF LE+REG L - Divisa: EUR

Mittente Fisico			
Nome mittente fisico	ORDINE REGIONALE ASSISTENTI SOCIALI	Banca propriamente	07601
Identificativo	SIABDVCA	Emittente identificativo	GBI
Dati Destinta			
Message id	IS797151270840F89DEF	Data creazione msg	22/01/2020 18:46:27
Metodo pagamento	Bonifico con esito e ordinante	Addebito cumulado	
Priorita	Normale	Codice livello servizio	SEPA
Data esecuzione	22/01/2020	Nome debitore	ORDINE REGIONALE ASSISTENTI SOCIALI
Codice Fiscale/P.IVA	02015270792	Emitt. org. id debitore	ADE
Iban debitore	IT66700760104400000010426880	Bic banca debitore	
Codice Conto Debitore		Descrizione Conto Debitore	
Codice Banca debitore	07601	Nome debitore effettivo	
Ident. org. id debitore effettivo		Emitt. org. id debitore effettivo	
Nazione debitore effettivo		Tipologia commissioni	SELEv. Ordinante
Iban commissioni		Destinta	44
Dati Principali Disposizione			
Identificativo disposizione	1	Identificativo end to end	15797150414740F7JDEF
Trasferibilita assegno		Codice nominata NP	
Codice Categoria (ISO)	SUPP - Pagamento verso fornitore	Categoria descrittiva (alternativa a: Codice Categoria ISO)	
Importo (EUR)	626,03	Divisa	EUR
Tipo assegno		Bic banca (Paesi non SEE)	
Nome creditore	LA NOTIFICA S R L S	Iban creditore	IT36K00000004404000107745115
Finalita Transazione	Pagamento A Fornitore	Finalita Non Codificata (alternativa alla Finalita Transazione)	
Causale/Informaz. Riconciliazione	FATT 255 B DEL 27.10.2019		

CHIUDI

DELEGA IRREVOCABILE A: \*\*\*\*\*

## MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA \*\*\*\*\* PROV. \*\*  
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

## CONTRIBUENTE

**CODICE FISCALE** 0 2 0 1 5 2 7 0 7 9 2  
cognome, denominazione o ragione sociale

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

DATI ANAGRAFICI      ORDINE REG.LE ASSISTENTI SOCIALI

data di nascita  
giorno | mese | anno

comune | prov. | via e numero

prov.

DOMICILIO FISCALE CATANZARO

C Z VIA PAOLO ORSI N.1/1

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

codice identificativo

## SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/ prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
	1040	0001	2020	8361	,
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1040	0001	2020	40000	,
RITENUTE ALLA FONTE	1040	0001	2020	52459	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
				,	,
codice ufficio	codice atto			,	+/= SALDO (A-B)
			TOTALE A	1.00820 <sup>B</sup>	+ 1.00820

## SEZIONE INPS

[illegible]

## SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	ratazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
					+/-
			TOTALE E	F	SALDO (E-F)

## SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

[illegible]

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL						₪	₪	
						₪	₪	
						₪	₪	
						₪	₪	+/-
				<b>TOTALE</b>	<b>I</b>	<b>L</b>	₪	<b>SALDO (I-L)</b>

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
				da mm/aaaa	a mm/aaaa		
							+/- SALDO (M-N)
<b>TOTALE M</b>						<b>N</b>	

## FIRMA

ORDINE REG.LE ASSISTENTI SOCIALI

EURO	+	1.00820
------	---	---------

## ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA								CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE			
								AZIENDA		CAB/SPORTELLO	
giorno	mese		anno								
1	7	0	2	2	0	2	0	07601	04400		

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale  
n.ro \_\_\_\_\_ ☐ circolare/vaglia postale  
tratto / emesso su \_\_\_\_\_  
cod. ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

IT 6700760104400000010426880

firma





DELEGA IRREVOCABILE A: \*\*\*\*\*

## MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA \*\*\*\*\* PROV. \*\*  
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

## CONTRIBUENTE

**CODICE FISCALE** 0 2 0 1 5 2 7 0 7 9 2  
 cognome, denominazione o ragione sociale

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

**DATI ANAGRAFICI**

ORDINE REG. LE ASSISTENTI SOCIALI

data di nascita \_\_\_\_\_ sesso (M o F) \_\_\_\_\_ comune (o Stato estero) di nascita \_\_\_\_\_

DFOV.

giorno	me	se	anno
--------	----	----	------

comune

prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE CATANZARO

C Z VIA PAOLO ORSI N.1/1

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

codice identificativo

## SEZIONE ERARIO

		codice tributo	rateazione/regione/ prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA					₹	₹	
RITENUTE ALLA FONTE					₹	₹	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					₹	₹	
					₹	₹	
					₹	₹	
codice ufficio	codice atto				₹	₹	+/- SALDO (A-B)
		TOTALE		A	B	₹	

## SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
			da	a		
			mm/aaaa	mm/aaaa		
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
						+/-
			TOTALE	C	D	SALDO (C-D)

## SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
04	3858	0001	2020	14045	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
						+/-
			TOTALE	E	14045F	+ SALDO (E-F)
						1404

## SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente / codice comune				numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
Rev.	Imm.	var.	Azi.	Saldo					
								?	?
								?	?
								?	?
								?	?
								+	-
detrazione								SALDO (G-H)	
TOTALE								G	H

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede		codice ditta		c.c.		numero di riferimento		causale		importi a debito versati		importi a credito compensati		
INAIL														
TOTALE										I	L			
TOTALE										M	N			

## FIRMA

ORDINE REG.LE ASSISTENTI SOCIALI

EURO	+	14045
------	---	-------

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
			AZIENDA	CAB/SPORELLO	
giorno	mele	anno			
17	02	2020	07601	04400	

Autonizzo addebito su  
conto corrente codice IBAN

firma

Riferimento: 17/02/2020/57 1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Telematico Entrate





SERVIZI INFORMATIVI GESTIONE LIQUIDITA' PAGAMENTI INCASSI BOLLETTINI CARTE FUNZIONI GENERALI

Bonifici  
domiciliatiAssegni  
validati

Vaglia massivo

F24

Bonifici

Importazioni

Pagamenti > Bonifici > Sepa credit transfer xml > Bonifici xml  
 Azienda: 0000532943 - Codice SIA: Null  
 Coord. Conto: 076010440010426880 - Descrizione: ORDINE+PROFILE+REGL - Divisa: EUR

Mittente Fisico			
Nome mittente fisico	ORDINE REGIONALE ASSISTENTI SOCIALI	Banca proponente	07601
Identificativo	SIABOVCA	Emittente identificativo	CBI

Dati Distinta			
Message id	158092073862560VVDEF	Data creazione msg	05/02/2020 17:38:58
Metodo pagamento	Bonifico con esito a ordinante	Addebito cumulado	
Proroga	Normale	Codice livello servizio	SEPA
Data esecuzione	05/02/2020	Nome debitore	ORDINE REGIONALE ASSISTENTI SOCIALI
Codice Fiscale/P.IVA	02015270792	Emit. org. id debitore	ADE
Iban debitore	IT6700760104400000010426880	Bic banca debitore	
Codice Conto Debitore		Descrizione Conto Debitore	
Codice banca debitore	07601	Nome debitore effettivo	
Ident. org. id debitore effettivo		Emit. org. id debitore effettivo	
Nazione debitore effettivo		Tipologia commissioni	SLEV. Cramante
Iban commissioni		Distinta	48

Dati Principali Disposizione			
Identificativo disposizione	1	Identificativo end to end	15809205346776010DEF
Trasferibilità assegno		Codice comunità MP	
Codice Categoria (ISO)	SUPP - Pagamento verso fornitore	Categoria descrittiva (alternativa al Codice Categoria ISO)	
Importo (EUR)	7700	Divisa	EUR
Tipo Assegno		Bic banca (Paesi non SEB)	
Nome creditore	AZIENDE ALBERGHIERE BETTOJA S.P.A. MASSIMO DAZEGLIO	Iban creditore	IT5700100503210000000016277
Finalità Transazione	Pagamento a Fornitore	Finalità Non Codificata (alternativa alla Finalità Transazione)	
Causale/Informaz. Riconciliazione	PRENOTAZIONE 312323 PRENOTAZIONE NOTTE DEL 05/02/2020 DE FILIPPIS MARIAROSARIA		

CHIUDI



SERVIZI INFORMATIVI GESTIONE LIQUIDITA'

PAGAMENTI

INCASSI

BOLLETTINI

CARTE

FUNZIONI GENERALI

Pagamenti > Bonifici > Sepa credit transfer xml > Bonifici xml  
Azienda 0000532943 - Codice SIA  
Coord. Conto 076010440010426880 - Descrizione - Divisa EUR

Mittente Fisico			
Nome mittente fisico	ORDINE REGIONALE ASSISTENTI SOCIALI	Banca proponente	07601
Identificativo	SIABDVCA	Emittente identificativo	CBI

Dati Distinta			
Message id	15814508926941819DEF	Data creazione msg	11/02/2020 20 54 52
Metodo pagamento	Bonifico con esito a ordinante	Addebito cumulato	
Priorita	Normale	Codice livello servizio	SEPA
Data esecuzione	11/02/2020	Nome debitore	ORDINE REGIONALE ASSISTENTI SOCIALI
Codice Fiscale/P. IVA	02015270792	Emitt org id debitore	ADE
Iban debitore	IT6700760104400000010426880	Bic banca debitore	
Codice Conto Debitore		Descrizione Conto Debitore	
Codice banca debitore	07601	Nome debitore effettivo	
Ident org id debitore effettivo		Emitt org id debitore effettivo	
Nazione debitore effettivo		Tipologia commissioni	SLEV Ordinante
Iban commissioni		Distinta	53

Dati Principali Disposizione			
Identificativo disposizione	1	Identificativo end to end	158145080199618HTDEF
Trasferibilità assegno		Codice comunita MP	
Codice Categoria (ISO)	OTHR - Altra Tipologia	Categoria descrittiva (alternativa al Codice Categoria ISO)	
Importo (EUR)	1184,00	Divisa	EUR
Tipo assegno		Bic banca (Paesi non SEE)	
Nome creditore	DONATO ANTONIO	Iban creditore	IT4350760104400000057810160
Finalità Transazione	Non Specificato	Finalità Non Codificata (alternativa alla Finalità Transazione)	
Causale/Informaz. Riconciliazione	FATTPA 2-20 DEL 10/02/2020 PARCELLA FEBBRAIO 2020		

CHIUDI

Telematico Entratel



DELEGA IRREVOCABILE A:

POSTE ITALIANE

## MODELLO DI PAGAMENTO

AGENZIA

POSTE ITALIANE

PROV

CZ.

## UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

## CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 02015270792

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

### DATI ANAGRAFICI

ORDINE PROFESSIONALE ASSISTENTI SOCIALI

data di nascita	sesto (M o F)	comune (o Stato estero) di nascita
-----------------	---------------	------------------------------------

gender	mcsc	age
male	1	1
male	1	2
male	1	3
male	1	4
male	1	5
male	1	6
male	1	7
male	1	8
male	1	9
male	1	10
male	1	11
male	1	12
male	1	13
male	1	14
male	1	15
male	1	16
male	1	17
male	1	18
male	1	19
male	1	20
male	1	21
male	1	22
male	1	23
male	1	24
male	1	25
male	1	26
male	1	27
male	1	28
male	1	29
male	1	30
male	1	31
male	1	32
male	1	33
male	1	34
male	1	35
male	1	36
male	1	37
male	1	38
male	1	39
male	1	40
male	1	41
male	1	42
male	1	43
male	1	44
male	1	45
male	1	46
male	1	47
male	1	48
male	1	49
male	1	50
male	1	51
male	1	52
male	1	53
male	1	54
male	1	55
male	1	56
male	1	57
male	1	58
male	1	59
male	1	60
male	1	61
male	1	62
male	1	63
male	1	64
male	1	65
male	1	66
male	1	67
male	1	68
male	1	69
male	1	70
male	1	71
male	1	72
male	1	73
male	1	74
male	1	75
male	1	76
male	1	77
male	1	78
male	1	79
male	1	80
male	1	81
male	1	82
male	1	83
male	1	84
male	1	85
male	1	86
male	1	87
male	1	88
male	1	89
male	1	90
male	1	91
male	1	92
male	1	93
male	1	94
male	1	95
male	1	96
male	1	97
male	1	98
male	1	99
male	1	100
male	1	101
male	1	102
male	1	103
male	1	104
male	1	105
male	1	106
male	1	107
male	1	108
male	1	109
male	1	110
male	1	111
male	1	112
male	1	113
male	1	114
male	1	115
male	1	116
male	1	117
male	1	118
male	1	119
male	1	120
male	1	121
male	1	122
male	1	123
male	1	124
male	1	125
male	1	126
male	1	127
male	1	128
male	1	129
male	1	130
male	1	131
male	1	132
male	1	133
male	1	134
male	1	135
male	1	136
male	1	137
male	1	138
male	1	

comune

prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE CATANZARO

CZ VIA PAOLO ORSI 1/1

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

codice identificativo

## SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/ prov./mese rl	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
	1655	0002	2020	,	76,07
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>	1001	0002	2020	246,91	,
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>				,	,
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>				,	,
				,	,
codice ufficio	codice atto			,	,
					<b>SALDO (A-B)</b>
			<b>TOTALE A</b>	246,91B	76,07+
					170,84

## SEZIONE INPS

codice vide	cassa contributo	matricola INPS/INPS: filiale azienda	periodo di riferimento da mm-aaaa a mm-aaaa		importi a debito versati	importi a credito compensati
2200	DM10	2203890903	02	2020	590,00	,
					,	,
					,	,
					,	,
						- - SALDO (C-D)
			TOTALE	C	590,00D	+ 590,00

## SEZIONE REGIONI

codice regime	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
04	3802	0002	2019	38,85	,
				,	,
				,	,
					<b>SALDO (E-F)</b>
<b>TOTALE</b>				<b>E 38,85</b>	<b>F ,</b>

## SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

## IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente / codice comune	Ram.	impo- rtale	Acc.	Socio	numero immobili	codice tributo	ratazione/ mese rd	anno di riferimento	importo a debito versati	importo a credito compensat.
C352						3848	0002	2019	10,67	,
									,	,
									,	,
									,	,
										+/- SALDO (G-H)
detrazione							TOTALE	G	10,67H	, + 10,67

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importo a debito versati	importo a credito compensati
INAIL						.	.
						.	.
						.	.
				TOTALE	I	L	.
							SALDO (I-L)

## code: entc

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento		importi a debito versati	importi a credito compensati
				da mm/aaaa	a mm/aaaa		
						,	,
							-- SALDO (M-N)
			TOTALE	M		N	, ,

## FIRMA

### SALDO FINALE

EURO | - | 810,34

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

DATA			CODICE BANCA POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	banca postale
			AZIENDA	CAB SPORTELLO	n.ro	circolare - vaglia postale
giorno	me	anno			tratto / emesso su	
16	03	2010	7601	04400		
					cod. ABI	CAB





Pagamenti - Bonifici - Sepa credit transfer vmt - Bonifici vmt  
 Azienda: 0000552943 - Codice SIA: Null  
 Conto: 076010440010426880 - Descrizione: CODINE-PROF (E-RES) - Denza: EUR

		Moneta Euro	
Conto beneficiario	PROF (E-RES) ASSINTER (076010440010426880)	Banco beneficiario	076010440010426880
Identificativo	51480103	Emittente beneficiario	076010440010426880
		Data Operata	
Identificativo	15831987384541627063	Data creazione pag	15/03/2020 15:34
Metodo pagamento	Bonifico (credito a ordinante)	Addebito (credito)	
Importo	1000000000	Codice SIA (vmt)	15831987384541627063
Data esecuzione	15/03/2020	Nome debitore	PROF (E-RES) ASSINTER (076010440010426880)
Codice Banca Emittente	00015370760	Conto origin. debitore	400
Identificativo	15831987384541627063	Conto origin. debitore	400
Codice Conto Debitore		Descrizione Conto Debitore	
Codice Banca debitore	07601	Nome debitore effettivo	
Conto origin. debitore effettivo		Emittente debitore effettivo	
Identificativo debitore effettivo		Conto origin. debitore	15831987384541627063
Identificativo		Conto origin. debitore	400
		Data Emissione Documento	
Identificativo disposizione	1	Identificativo documento	15831987384541627063
Trasferibilità assegno		Codice documento MT	
Codice Categoria SIA	EUR - Pagamento verso beneficiario	Categoria debiti (credito) emittente a Conto Categoria SIA	
Importo (SIA)	1000000000	Denza	EUR
Tipologia		Banco (Pagamento SIA)	
Descrizione	DIMAR SOCIETA' COOPERATIVA	Identificativo	15831987384541627063
Finalita' Transazione	Pagamento a Fornitore	Finalita' Non Configurata (alternativa alla Finalita' Transazione)	

Per ulteriori informazioni: Remissione - FATT 42 DEL 28/02/2020 - FULVIE LOCAL - FEBBRAIO 2020

CHIUDI

**Anno 2020****MOVIMENTI CASSA**

<u>Data</u>	<u>Descrizione</u>	<u>Entrate</u>	<u>Uscite</u>
<u>1-gen-20</u>	Apertura	€ 1.163,55	
<u>11-gen-20</u>	ricarica tim	€	100,00
<u>11-gen-20</u>	ricarica tim	€	20,00
<u>13-gen-20</u>	guglielmo store	€	57,50
<u>15-gen-20</u>	supermercato Paoletti	€	3,36
<u>18-feb-20</u>	guglielmo store	€	27,50
<u>20-feb-20</u>	clavi srl	€	6,72
<u>28.feb.2020</u>	new wl do srl	€	12,00

€	1.163,55	€	227,08
936,47			



08.01.2020	RENTA STOR H FORMATIONS SÖDERM.B	100,00
09.01.2020	ASSOCIATIONS IO AUTENT.B	200,00
14.01.2020	ASSOCIATIONS DNYHUM	20,00
15.01.2020	COOP SOC. SINE REGIS	20,00
11.01.2020	SUNAS	20,00
04.02.2020	OBIEKTS FORMATIONS SOP. COOP	250,00
17.02.2020	KELUNA REG. ESL.	250,00
02.03.2020	MEETING CONFRAS	20,00