

**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede ROMA TIBURTINO

ROMA TIBURTINO  
VIA IGINO GIORDANI, 55  
00159 ROMA

Roma, 26/06/2015

Città Metropolitana di Roma Capitale

PEC formazione.lavoro@cittametropolitanaroma.gov.it

**Oggetto: Art. 4, comma 2, D.P.R. n. 207/2010. Intervento sostitutivo della stazione appaltante. Dati per il pagamento.**

Spett.le Fusco Andrea,

Come da Voi richiesto (comunicazione n. 56549 del 26/06/2015) vi informiamo che il **versamento** dell'importo relativo alle inadempienze Inps deve avvenire tramite **modello F24**, compilato secondo le istruzioni allegate.

Vi informiamo altresì, che l'importo segnalato nel Durc dell'inadempienza contributiva della **ditta indicata di seguito**:

è rimasto invariato       risulta pari a euro <sup>(1)</sup>

Denominazione/Ragione sociale Tivoli Forma srl  
Codice fiscale della ditta irregolare<sup>(2)</sup> 10511931007  
Matricola/Codice azienda<sup>(3)</sup> 7055701904  
DURC CIP 2015951910069  
Protocollo 35244388 del 29/04/2015

Il pagamento deve essere effettuato **entro 30 giorni** avendo cura di inviare a questa Sede una copia della ricevuta di versamento (via PEC all'indirizzo direzione.agenziacomplexa.romatiburtino@postacert.inps.it).

	<b>A.O.O. CITTA' METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE</b>
Ufficio .....	Anno .....
Classificazione .....	19961
Fascicolo .....	179
N. 99704	Data 6 LUG 2015

<sup>(1)</sup>Indicare l'importo attuale dell'irregolarità Inps solo nel caso in cui questo sia inferiore alla somma indicata dalla Stazione Appaltante nella comunicazione preventiva.

<sup>(2)</sup>Indicare l'esatta matricola/codice azienda Inps destinataria del pagamento.

<sup>(3)</sup>Indicare l'esatto codice fiscale della ditta per la quale effettuare il pagamento.

# INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Si forniscono i dati del funzionario competente:

Nome e Cognome: Anna Maria Gigli

Tel: 0643995306

Fax: 0643995312

Cordiali saluti

Il direttore

Elena Guasco

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.lgs. n.39 del 1993*

## Modalità di compilazione del modello F24

Codice sede	Causale contributo	Matricola Inps codice Inps filiale azienda	Periodo di riferimento da mm/aaaa	Periodo di riferimento a mm/aaaa	Importo a debito versato
7013	RC01	7055701904	03/2015	03/2015	64505,11
7013	RC01	7055701904	04/2015	04/2015	60841,00
7013	CXX	00019TIVOLI	03/2015	03/2015	6204,00
7013	CXX	00019TIVOLI	03/2015	03/2015	5461,00