

**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede 7015

POMEZIA  
Via Pontina Km. 28,400  
00040 Pomezia (RM)

A.O.O. CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE	
Ufficio .....	Anno .....
Classificazione <i>CFP.6.1</i>	
Fascicolo <i>105</i>	
N. <i>113179</i>	Data <i>25 AGO. 2016</i>

05/08/2016

Spett.le CITTÀ METROPOLITANA DI  
ROMA CAPITALE**E mail PEC FORMAZIONE.LAVORO@PEC.PROVINCIA.ROMA.IT****Oggetto: Art. 4, comma 2, D.P.R. n. 207/2010. Intervento sostitutivo della stazione appaltante. Dati per il pagamento.**

Spett.le ANTONIO CAPITANI

Come da Voi richiesto 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

*Denominazione/Ragione sociale COMUNE DI ANZIO L.S.U.  
codice fiscale della ditta irregolare 82005010580*

*Matricola/Codice azienda<sup>(3)</sup> 7025003429  
DURC Protocollo INPS 3045817  
Emesso il 27/04/2016*

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.pomezia@postacert.inps.gov.it).

<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: Giannini Silvana

+Tel: 06/91177271

Fax: 06/91177261

E-mail ufficio: silvana.giannini@inps.it

Cordiali saluti

Il RESPONSABILE

*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
7015	COC	888888888888880	02/2005	07/2012	10069,57