



# COMUNE DI S. ALESSIO SICULO

PROVINCIA DI MESSINA

## COMANDO POLIZIA MUNICIPALE

VIA LUNGOMARE N. 148

PARTITA I.V.A. 00347890832  
Tel./Fax 0942 756947

E mail : pmsantalessios@alice.it  
PEC: vigili.comunesantalessiosiculo@dgpec.it

### DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'AREA DI VIGILANZA

N. 101

del 08-05-17

OGGETTO: OGGETTO: Liquidazione fattura n. 11/2016 del 01/07/2016 relativa al ricovero di n. 1 gatto rinvenuto nel nostro territorio il 29/06/2016 . Clinica Veterinaria "SAN Francesco di Paola di " SI.FA.RI srl sede in S.Alessio Siculo via Lacco n. 6 . P.IVA : 02896780836  
CIG ZDA1E753C1

#### IL RESPONSABILE DELL'AREA DI VIGILANZA

Premesso che il in data 29/06/2016 all'incrocio tra la via dei Cipressi e la Via Musumeci è stato rinvenuto n.1 gatto incidentato , come si evince dal verbale di rinvenimento redatto nella stessa giornata negli uffici della Polizia Municipale ;

Vista la nota prot. n. 4922 del 30/06/2016 con la quale il suddetto gatto è stato dato in custodia per le cure e gli accertamenti clinici alla clinica veterinaria "San Francesco di Paola "di SI.FA.RI . srl ,con sede in S.Alessio Siculo via Lacco 6;

Vista la fattura n. 11/2016 del 01/07/2016 di € 122,00, compresa di IVA, trasmessa dalla Clinica Veterinaria " San Francesco di Paola " di SI.FA.RI srl, acquisita al protocollo del nostro Comune con n. 4965 del 04/07/2016, relativa al ricovero del gatto di che trattasi;

Visto il DURC ( Documento Unico Regolarità Contributiva ) prot. INPS\_6134626 del 10/03/2017 ;

Vista la dichiarazione della tracciabilità dei flussi finanziari redatta ai sensi dell'art. dell'art. 3 della legge n.136/2010;

Ritenuto pertanto di dover provvedere alla liquidazione della suindicata fattura;

Atteso che il numero CIG attribuito dall'Autorità di Vigilanza è ZDA1E753C1;

Vista la determina sindacale n. 13 del 10 Ottobre 2016, di nomina dello scrivente a Responsabile dell'Area di Vigilanza;

Vista la L.R. 3 Luglio 2000 n. 15 ;

Visto il Decreto Presidenziale della Regione Sicilia . n. 7 del 12/01/2007 ;

Visto l'art.17 ter del D.P.R 633/1972 , introdotto dall'art. 1 comma 629 lett. B della legge 23 Dicembre 2014 n. 190(Legge di Stabilità 2015);inerente l'applicazione dello "SPLIT PAYMENT";

Visti gli art. 107 e 184 del D.Lgs n. 267/2000 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la Legge n. 136 del 13/08/2010 e successive modificazioni;

Vista la L.R. n. 23/98 ;

#### DETERMINA

- 1) Di stabilire che la premessa è parte integrante e sostanziale del presente dispositivo;
- 2) Di liquidare la fattura n. 11/2016 del 01/07/2016 di € 122,00 compresa di IVA , relativa al ricovero di n. 1 gatto rinvenuto nel nostro territorio il 29/06/2016 , come di seguito descritto:
  - a) € 100,00 alla clinica veterinaria "San Francesco di Paola "di SI.FA.RI srl,con sede in S.Alessio Siculo via Lacco n. 6 ;
  - b) € 22,00 da versare all'erario ai sensi dell'art.17 ter del D.P.R 633/1972 , introdotto dall'art. 1, comma 629, lett. B della legge 23 Dicembre 2014 n. 190(Legge di Stabilità 2015);
- 3)Di imputare la spesa come da attestazione del responsabile del servizio finanziario;
- 4) Di trasmettere la presente per quanto di competenza al responsabile del servizio finanziario;
- 5) Di disporre la pubblicazione della presente determinazione all'albo pretorio on-line di questo Comune per 15 giorni consecutivi;

6) Di notificare il presente atto alla clinica veterinaria "San Francesco di Paola" di S.I.F.A.R.I . srl con sede in S.Alessio Siculo via Lacco n. 6 ;

S.Alessio Siculo li 04/05/2017

IL RESPONSABILE DELL'AREA DI VIGILANZA  
( Isp. Capo Salvatore D'Agata)



*Salvatore D'Agata*

**PARERE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO**

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO INTERESSATO;

VISTO l'art. 53 della legge 142/90, recepito con l'art.1 lett."i" della L.R. n.48/91;

VISTO l'art.12 della L.R. 23/12/2000 n. 30;

Ai sensi e per effetti delle disposizioni legislative sopra menzionate;

Per quanto concerne la sola regolarità tecnica sulla proposta di determinazione

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

Li 04-05-2007



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

**PARERE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO**

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO

VISTO l'art. 53 della legge 142/90, recepito con l'art.1 lett."i" della L.R. n.48/91;

VISTO l'art.12 della L.R. 23/12/2000 n. 30;

Ai sensi e per effetti delle disposizioni legislative sopra menzionate;

Per quanto concerne la sola regolarità tecnica sulla proposta di determinazione

ESPRIME PARERE \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

La copertura finanziaria della spesa complessiva di € 122,00

Sui seguenti codici e numeri:

Codice 02.04-1.03.02.99.99 (cap 1539) Codice \_\_\_\_\_

Competenza \_\_\_\_\_ Competenza \_\_\_\_\_

Residui X Residui \_\_\_\_\_

Intervento imp. 330 Intervento \_\_\_\_\_

Li 8-5-07



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO

Pec 4963 del 4/7/15

**FATTURA ELETTRONICA**

Versione 1.1

**Dati relativi alla trasmissione**

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**  
Progressivo di invio: **0001621370**  
Formato Trasmissione: **SDI11**  
Codice Amministrazione destinataria: **UFGHVT**

**Dati del cedente / prestatore****Dati anagrafici**

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02896780836**  
Codice fiscale: **02896780836**  
Denominazione: **si.fa.ri. srl**  
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

**Dati della sede**

Indirizzo: **contrada Iacco 6**  
CAP: **98030**  
Comune: **Sant'Alessio Siculo**  
Provincia: **ME**  
Nazione: **IT**

**Dati di iscrizione nel registro delle imprese**

Provincia Ufficio Registro Imprese: **ME**  
Numero di iscrizione: **200309**  
Capitale sociale: **50000.00**  
Numero soci: **SM** (più soci)  
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

**Recapiti**

Telefono: **0942750693**  
E-mail: **roberta\_r29@hotmail.com**

**Dati del cessionario / committente****Dati anagrafici**

Codice Fiscale: **00347890832**  
Denominazione: **Comune di Sant'Alessio Siculo - Uff\_eFatturaPA**

**Dati della sede**

Indirizzo: **Via Consolare Valeria**  
CAP: **98030**  
Comune: **Sant'Alessio Siculo**  
Provincia: **ME**  
Nazione: **IT**

**Dati del terzo intermediario soggetto emittente****Dati anagrafici**

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01879020517**  
Denominazione: **Aruba Pec S.p.A.**

**Soggetto emittente la fattura**

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2016-07-01** (01 Luglio 2016)  
Numero documento: **FATTPA 11\_16**  
Importo totale documento: **122.00**

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

### Nr. linea: 1

#### Codifica articolo

Tipo: **Codice fornitore**  
Valore: **PG**  
Descrizione bene/servizio: **visita**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **30.00**  
Valore totale: **30.00**  
IVA (%): **22.00**

### Nr. linea: 2

#### Codifica articolo

Tipo: **Codice fornitore**  
Valore: **PG**  
Descrizione bene/servizio: **ricovero 2 gg in terapia intensiva**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **70.00**  
Valore totale: **70.00**  
IVA (%): **22.00**

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**  
Totale imponibile/importo: **100.00**  
Totale imposta: **22.00**  
Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)  
Riferimento normativo: **Iva versata dal committente art. 17-ter D.P.R. 633/72**

## Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

#### Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2016-07-01** (01 Luglio 2016)  
Importo: **100.00**  
Istituto finanziario: **MONTE DEI PASCHI**  
Codice IBAN: **IT14B0103082530000000198831**  
Codice pagamento: **BB**