



Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente dell'Emilia-Romagna
Via Po, n. 5 - 40139 - BOLOGNA tel 051/6223811 - fax 051/543255 P.IVA e C.F. 04290860370

Sezione Provinciale di Forlì-Cesena
C.P. 345 47100 FORLÌ COP
tel 0543/451411 - fax 0543/451451
sez@fo.arpa.emr.it

PGFC/2011/446
Fascicolo 2011/1.5/1

Forlì, 18/1/2011

ALLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA

AI COMUNI DEL COMPENSORIO
FORLIVESE

AI COMUNI DEL COMPENSORIO
CESENATE

Loro sedi

OGGETTO: Espressione di rapporti tecnici da parte di ARPA – Comunicazioni modalità di pagamento

Presso i nostri Uffici Amministrativi pervengono numerose richieste di chiarimenti in merito al fatto che da parte di ARPA vengono emesse fatture a seguito della formalizzazione di un parere finalizzato al rilascio di un atto autorizzativo di competenza di Codeste Amministrazioni.

E' doveroso ricordare che le suddette prestazioni sono previste dall'apposito tariffario, consultabile sul sito internet www.arpa.emr.it, disposto in conformità a quanto regolato dall'art. 21 della L.R. n. 44/95 e dalle disposizioni contenute nell'Accordo di Programma approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 53 del 12 marzo 2002.

L'art. 1 recita: "Il Tariffario stabilisce le tariffe che l'Agenzia applica per le attività erogate nell'interesse di terzi ancorché nell'ambito di procedimenti amministrativi finalizzati al rilascio di autorizzazioni, concessioni o atti di assenso, comunque denominati, ovvero al rilascio di certificazioni necessarie alla circolazione o commercializzazione di beni".

Al fine di assicurare la massima trasparenza e comprensione dei procedimenti, è pertanto necessario che le varie utenze che afferiscono a Codeste Amministrazioni siano portate a conoscenza che, qualora il/i procedimento/i che intendono avviare comporti/no un parere di ARPA, questa emetterà un'apposita fattura direttamente all'interessato.

A tal scopo è stato predisposto l'allegato modulo che Codeste Amministrazioni, a far data dal 1 marzo 2011, dovranno consegnare al richiedente per la compilazione e la sottoscrizione, quindi trasmettere ad ARPA in allegato alla pratica al fine della relativa presa in carico.

Per meglio definire gli aspetti operativi in merito si propongono i seguenti incontri rivolti ai referenti dei competenti uffici:

08/02/2011 ore 10.00 presso la sede della Sezione di Forlì-Cesena – Viale Salinatore 20, per l'Amministrazione Provinciale ed i Comuni del comprensorio forlivese.

09/02/2011 ore 10.00 presso la sede della Sezione del Distretto di Cesena – Via M. Moretti, per i Comuni del comprensorio cesenate.

Ringraziando anticipatamente per la collaborazione e rimanendo a disposizione per tutti i chiarimenti che si rendessero necessari, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Il Direttore della Sezione
(Luigi Vicari)

Allegato: modulo cliente



ARPA – SEZIONE PROVINCIALE DI FORLÌ-CESENA

Allegato alla RICHIESTA PARERE DI

Per la conclusione del procedimento amministrativo avviato con la presente richiesta è necessario acquisire il parere tecnico di Arpa.

L'attività svolta da Arpa è attività onerosa con oneri a carico del richiedente in base al vigente Tariffario Regionale per le prestazioni erogate da ARPA (consultabile sul sito internet www.arpa.emr.it) approvato con Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia - Romagna n. 2762 del 30.12.02, aggiornato con successiva Delibera n. 1567 del 30.07.04.

Pertanto, in ottemperanza a quanto previsto dal D.P.R. n. 605 del 29/9/73 e successive modifiche, è necessario compilare il seguente modulo al fine di permettere una corretta fatturazione delle prestazioni richieste.

Il pagamento dovrà essere effettuato solo dopo il ricevimento di fattura inviata da Arpa.

Il richiedente si impegna a comunicare tempestivamente ad Arpa ogni eventuale cambiamento delle informazioni fornite assumendosi la responsabilità per la mancata o inesatta comunicazione fornita.

Per le SOCIETA' :

DENOMINAZIONE

NUMERO PARTITA I.V.A.

INDIRIZZO SEDE LEGALE:

Vian.....CAP.....

COMUNEPROV.....TEL.....
eventuale

INDIRIZZO A CUI INVIARE LA FATTURA

Vian.....CAP.....

COMUNEPROV.....TEL.....

Per le PERSONE FISICHE:

NOME E COGNOME

NATO AIL

CODICE FISCALE

RESIDENZA/DOMICILIO FISCALE

Vian.....CAP.....

COMUNEPROV.....TEL.....

Firma del richiedente

DATA

.....

per presa visione ed impegno al pagamento