



Ordine dei Consulenti del Lavoro

▼ Consiglio Provinciale
di Bologna

Via Cairoli n. 7
40121 Bologna
Tel. 051 255768
Fax 051 244711
E-Mail: segreteria@consulentidellavoro.bo.it
C.F. 80062230372

Bologna, 3 marzo 2011

Prot. n. 938

Ai
Consulenti del Lavoro
Loro indirizzi

OGGETTO: Quota di iscrizione all'Albo - anno 2011

Cara/o Collega,

Ti comunichiamo che da quest'anno la quota dovuta per la Tua iscrizione all'Ordine professionale deve essere pagata a mezzo del Mod. F24 grazie ad una apposita convenzione, sottoscritta dal Consiglio Nazionale con l'Agenzia delle Entrate in data 17 febbraio 2011, alla quale lo scrivente Consiglio ha formalmente aderito con apposita delibera nella consapevolezza di aver adottato un metodo adeguato alle esigenze degli iscritti.

Ciò posto, segnaliamo che l'importo dovuto potrà essere compensato con altri Tuoi crediti di imposte.

Ti informiamo che la quota dovuta per la Tua iscrizione all'Ordine è pari a:

- per il Consiglio Provinciale, giusta delibera del 20/12/2010 euro 590,00 (Cinquecentonovanta);
- per il Consiglio Nazionale, giusta delibera n. 192 del 29 luglio 2010 euro 160,00 (Centosessanta).

Pertanto, l'importo complessivo dovuto per l'anno in oggetto è pari ad euro 750,00 (Settecentocinquanta).

Ti informiamo, inoltre, che le somme precedentemente indicate dovranno essere versate alla data del **16 aprile 2011** con le modalità, che al fine di semplificare le operazioni di pagamento, sono state indicate nei seguenti allegati:

1. istruzioni operative per compilazione mod. F24;
2. facsimile mod. F24 compilato.

Si ricorda che il pagamento della quota annuale costituisce un obbligo, previsto dal nostro Ordinamento professionale ai sensi degli articoli 14, comma 1, lettera h) e 23 comma 1, lettera c) della legge 11 gennaio 1979, n. 12, il cui inadempimento comporta l'applicazione dei provvedimenti di cui all'articolo 29, lettera d) della stessa legge, oltre alle maggiorazioni e agli interessi legali così come previsti dall'articolo 2 delle norme regolamentari per il ritardato versamento dei contributi dovuti ai Consigli Provinciali, diramate con circolare n. 844 del 23 febbraio 2005 dal Consiglio Nazionale dell'Ordine.

Cordiali saluti

Il Consigliere Tesoriere
Maria Giuseppina Sorghi

(firma)

Il Presidente
Antonella Ricci

(firma)

MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

C | G | N | N | M | E | 6 | 8 | R | 2 | 9 | H | 5 | 0 | I | Z

Barre in caso di imposta
non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

COGNOME
cognome, denominazione o ragione sociale

NOME

data di nascita
giorno | mese | anno

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita
prov. | via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

SEZIONE ERARIO

codice tributo

rateazione/
regione/prov.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice ufficio

codice altro

TOTALE

A

0,00 B

0,00

SALDO (A-B)

0,00

SEZIONE INPS

codice
causale
contributomatricola INPS/codice INPS/
filiale aziendaperiodo di riferimento,
da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE

C

0,00 D

0,00

SALDO (C-D)

0,00

SEZIONE REGIONI

codice
regione

codice tributo

rateazione

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE

E

0,00 F

0,00

SALDO (E-F)

0,00

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/
codice comuneimporto
Rav. versati
Acc. Saldo immobili

codice tributo

rateazione

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE

G

0,00 H

0,00

SALDO (G-H)

0,00

Debitazione ICI:
abitazione principale
abitazione secondaria

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede

posizione assicurativa
numero
C.C.numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

TOTALE

I

0,00 L

0,00

SALDO (I-L)

0,00

codice ente
0 | 0 | 0 | 5
BD
BO
causale
contributo
ODCL
0000
00163codice sede
ODCL
00163periodo di riferimento,
da mm/aaaa a mm/aaaa
01 | 2011
12 | 2011importi a debito versati
160,00
590,00
750,00 Nimporti a credito compensati
0,00
0,00
0,00

SALDO (M-N)

750,00

FIRMA

TOTALE M

SALDO FINALE
750,00 NBarre in caso di versamento da parte di
erice, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO

750,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

IDA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

DATA

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO
AZIENDAPagamento effettuato con assegno
n.ro☐bancario/postale
circolare/vaglia postale

giorno

mese

anno

CAI/SPORTELLI

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

cod. ABI

CAB

ORDINE DEI CONSULENTI DEL LAVORO
VERSAMENTO QUOTE ANNUALI DI ISCRIZIONE DOVUTE AL CONSIGLIO NAZIONALE
ED AL CONSIGLIO PROVINCIALE DELL'ORDINE DEI CONSULENTI DEL LAVORO

Sezione da utilizzare:

“altri enti previdenziali e assicurativi”

codice ente (Consiglio Nazionale-Consiglio Provinciale) (quattro caratteri) = “0005”

codice sede (Consiglio Nazionale-Consiglio Provinciale) (due caratteri) = sigla provincia iscrizione

esempio arezzo = “AR”

codice causale contributo Consiglio Nazionale (quattro caratteri) = “ODCI”

codice causale contributo Consiglio Provinciale (quattro caratteri) = sigla provincia iscrizione + “00”

esempio Arezzo = “AR00”

codice posizione assicurativa (cinque caratteri) = numero iscrizione all'albo preceduto da tanti zeri fino a raggiungere cinque caratteri

esempio 155 = “00155”

periodo di riferimento (da riportare sempre ad anno completo)

da = 01/AAAA (mese inizio anno a cui si riferisce la quota di iscrizione)

a = 12/AAAA (mese fine anno a cui si riferisce la quota di iscrizione)

esempio quota dovuta per l'anno 2011 =

da “01/2011”

a “12/2011”

importi a debito

prima riga = quota di competenza Consiglio Nazionale = “160,00” (uguale per tutti)

seconda riga = quota di competenza Consiglio Provinciale = “000,00” (in base a quanto dovuto per il Consiglio Provinciale di iscrizione).

MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

C | G | N | N | M | E | 6 | 8 | R | 2 | 9 | H | 5 | 0 | I | Z

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

DATI ANAGRAFICI

COGNOME

NOME

data di nascita

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo

rateazione/
regione/prov.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (A-B)

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

0,00 B

0,00

0,00

SEZIONE INPS

codice sede

causale
contributomatricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (C-D)

TOTALE C

0,00 D

0,00

0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (E-F)

TOTALE E

0,00 F

0,00

0,00

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/
codice comune

Rov.

immo-
variabili

Acc.

Saldo

numero
immobili

codice tributo

rateazione

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (G-H)

TOTALE G

0,00 H

0,00

0,00

Detrazione ICI
abilitazione principale

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

codice sede

posizione assicurativa
numero

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (I-L)

TOTALE I

0,00 L

0,00

0,00

codice ente

codice sede

causale
contributo

codice posizione

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (M-N)

TOTALE M

750,00 N

0,00

750,00

FIRMA

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di
erede, genitore, tutore o curatore fallimentare:

EURO +

750,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB