


Il presente allegato è composto di n° 33 fogli  
di n° 28 pagine.

IL RESPONSABILE DEI SERVIZI  
GENERALI ALBERGHIERI E LOGISTICA  
*Ing. Raffaele Peralta*



Oggetto: *Pagamento contributo annuo SISTRI. N° pratica MIL\_CA\_59209*

ASL8  
NP/2014/ 0032217 del 02/09/2014 ore 11,37  
Mittente Salute e Ambiente  
Assogestione Servizi Generali Alberghieri e  
Classifica 2.12.5  


Al Responsabile del Servizio  
Alberghieri e logistica


e.p.c Al Direttore Generale  
Al Direttore Sanitario  
Al Amministrativo

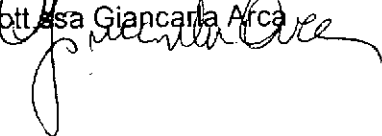
Al fine di consentire il pagamento del contributo annuo di cui all'oggetto per le 8 Unità Locali già iscritte al SISTRI, si chiede gentilmente l'emissione dell'ordinativo di pagamento di cui al contributo in questione.

Si allegano le copie cartacee delle mail trasmesse dal SISTRI alla Struttura scrivente relative al riepilogo della nostra iscrizione con i contributi per ogni singola Unità Locale e il Totale (il versamento dovrà riportare il Totale) e alle modalità di pagamento del contributo in questione.

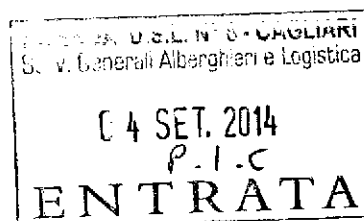
Sarà cura della Struttura scrivente comunicare al SISTRI gli estremi del pagamento.

Si ringrazia e si porgono distinti saluti.

*Dott. Area*  
*04/09/2014*  


La Responsabile della Struttura  
Gestione Rifiuti Sanitari  
Dott.ssa Giancarla Arca  


Referente: *Susanna De Agostini*  
Susanna De Agostini  
340-9027188



Dipartimento di Prevenzione  
SSD Salute e Ambiente  
SS Gestione Rifiuti Sanitari  
In ambito aziendale  
Via Romagna 16 - 09100 Cagliari  
T. 070 47443889 F. 070 47443874

**Mittente:** "iscrizionemail@sistri.it" <iscrizionemail@sistri.it>  
"MARCO.GALISAI@ASL8CAGLIARI.IT" <MARCO.GALISAI@ASL8CAGLIARI.IT>,  
**Destinatario:** "GIANCARLAARCA@ASL8CAGLIARI.IT" <GIANCARLAARCA@ASL8CAGLIARI.IT>,  
"iscrizionemail@sistri.it" <iscrizionemail@sistri.it>  
**Data:** 05/05/2014 12:40  
**Soggetto:** Iscrizione Sistri - MIL\_CA\_59209

---

Spett.le Azienda,  
in allegato Vi trasmettiamo il riepilogo relativo alla Vs.  
iscrizione al SISTRI.

Cordiali Saluti

Contact Center SISTRI

-----  
Le informazioni di natura generale contenute nella presente sono a  
scopo esclusivamente informativo.  
Si declina ogni responsabilita' per le eventuali conseguenze  
pregiudiziali derivanti da decisioni  
assunte o meno ovvero da iniziative intraprese o meno sulla base o  
in conseguenza della presente comunicazione.  
-----

**Allegati:**

File:	Dimensione:	Tipo contenuto:
<u>MIL CA 59209.pdf</u>	39k	application/pdf

N° prot 77/A/14  
del 7.05.14

## **MODULO D'ISCRIZIONE AL SISTRI**

Questo modulo contiene Dichiarazioni Sostitutive rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 - Testo unico sulla documentazione amministrativa. Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni Penali e Amministrative previste dall'art.76 del Testo Unico in caso di dichiarazioni false, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Il sottoscritto dichiara di rendere i dati sotto la propria responsabilità ed è consapevole che i dati predetti saranno sottoposti ai controlli previsti dall'art. 71 del Testo Unico.

### **SEZIONE 1 - DATI GENERALI**

#### **1.1 - DATI IDENTIFICATIVI**

**RAGIONE SOCIALE:** ASL N°8 DI CAGLIARI  
**CODICE FISCALE:** 02261430926

#### **1.2 - SEDE LEGALE**

**INDIRIZZO:** VIA PIERO DELLA FRANCESCA  
**NUMERO CIVICO:** 1 **CAP:** 09047  
**COMUNE:** SELARGIUS  
**PROVINCIA:** CAGLIARI **REGIONE:** SARDEGNA

#### **1.3 - RAPPRESENTANTE LEGALE**

**NOME:** EMILIO SILVANO  
**COGNOME:** SIMEONE  
**CODICE FISCALE:** SMNMSL45M29E281V

#### **1.4 - MODALITA' E RECAPITI DELLA PERSONA DA CONTATTARE PER LE COMUNICAZIONI**

**NOME:** MARCO  
**COGNOME:** GALISAI  
**CODICE FISCALE:** GLSMRC61D23L153L  
**TELEFONO:** 3386570799  
**FAX:**  
**E MAIL:** MARCO.GALISAI@ASL8CAGLIARI.IT

#### **1.5 - NUMERO UNITA' LOCALI**

**NUMERO DELLE UNITA' LOCALI:** 8

---

---

**SEZIONE 2 - DATI GENERALI RELATIVI ALLA SEDE LEGALE/OPERATIVA OPPURE  
ALLE UNITA' LOCALI (aggregata per unità locali)****2.1 SEDE UNITA' LOCALE n°: 1**

**INDIRIZZO:** VIA JENNER - P.O MICROCITEMICO  
**NUMERO CIVICO:** SNC **CAP:** 09121  
**COMUNE:** CAGLIARI  
**PROVINCIA:** CAGLIARI **REGIONE:** SARDEGNA

**2.2 ASSOCIAZIONE IMPRENDITORIALE (facoltativo)****NOME:****SEDE:****2.3 ULTERIORI DATI PER L'UNITA' LOCALE****NUMERO DIPENDENTI:** 260**2.4 MODALITA' DI RICHIESTA DEI DISPOSITIVI USB**

PER L'ISCRIZIONE DELL'UNITA' LOCALE

**2.5 NUMERO DI DISPOSITIVI USB RICHIESTI PER UNITA' LOCALE**

DISPOSITIVO USB UNICO (Solo nel caso in cui siano indicati i medesimi delegati per tutte le attività)

**SEZIONE 2A - DATI RELATIVI AL RILASCIO DEL DISPOSITIVO USB****2A.1 INDICAZIONE DEL NUMERO PROGRESSIVO DELL'UNITÀ LOCALE DI RIFERIMENTO (indicata nella sottosezione 2.1):1****2A.3 CATEGORIE DI ISCRIZIONE:****2A.2 INDICAZIONE DEL NOME IDENTIFICATIVO DELL'UNITA' OPERATIVA****CATEGORIA:PRODUTTORI/DETENTORI**

PRODUTTORI-DETENTORI DI RIFIUTI SPECIALI

**TIPOLOGIA RIFIUTI PRODOTTI**

Rifiuti Speciali Pericolosi

Numero di addetti per unità locale

Tra 251 e 500 addetti

**2A.4 DELEGATI DELL'UNITA' LOCALE ASSOCIATI AL DISPOSITIVO ELETTRONICO**

**NOME:** SARA  
**COGNOME:** DETTORI  
**CODICE FISCALE:** DTTSTRA68E70E441T  
**TELEFONO:** 0706095539  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

**NOME:** GIUSEPPE  
**COGNOME:** PIRAS  
**CODICE FISCALE:** PRSGPP74E01G113W  
**TELEFONO:** 0706095528  
**FAX:**  
**E MAIL:** GIUSEPPEPIRAS74@ASL8CAGLIARI.IT

---

**NOME:** ANGELA  
**COGNOME:** OGGIANU  
**CODICE FISCALE:** GGNNGL58M69L989Z  
**TELEFONO:** 0706095539  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

---

---

**SEZIONE 2 - DATI GENERALI RELATIVI ALLA SEDE LEGALE/OPERATIVA OPPURE  
ALLE UNITA' LOCALI (aggregata per unità locali)****2.1 SEDE UNITA' LOCALE n°:2**

**INDIRIZZO:** VIA IS MIRRIONIS - P.O SS. TRINITA'  
**NUMERO CIVICO:** 92 **CAP:** 09121  
**COMUNE:** CAGLIARI  
**PROVINCIA:** CAGLIARI **REGIONE:** SARDEGNA

**2.2 ASSOCIAZIONE IMPRENDITORIALE (facoltativo)****NOME:****SEDE:****2.3 ULTERIORI DATI PER L'UNITA' LOCALE****NUMERO DIPENDENTI:** 1069**2.4 MODALITA' DI RICHIESTA DEI DISPOSITIVI USB  
PER L'ISCRIZIONE DELL'UNITA' LOCALE****2.5 NUMERO DI DISPOSITIVI USB RICHIESTI PER UNITA' LOCALE**

DISPOSITIVO USB UNICO (Solo nel caso in cui siano indicati i medesimi delegati per tutte le attività)

**SEZIONE 2A - DATI RELATIVI AL RILASCIO DEL DISPOSITIVO USB****2A.1 INDICAZIONE DEL NUMERO PROGRESSIVO DELL'UNITÀ LOCALE DI RIFERIMENTO (indicata nella sottosezione 2.1):2****2A.3 CATEGORIE DI ISCRIZIONE:****2A.2 INDICAZIONE DEL NOME IDENTIFICATIVO DELL'UNITA' OPERATIVA****CATEGORIA:PRODUTTORI/DETENTORI**

PRODUTTORI-DETENTORI DI RIFIUTI SPECIALI

**TIPOLOGIA RIFIUTI PRODOTTI**

Rifiuti Speciali Pericolosi

Numero di addetti per unità locale

| Oltre 500 addetti

**2A.4 DELEGATI DELL'UNITA' LOCALE ASSOCIATI AL DISPOSITIVO ELETTRONICO**

**NOME:** ANTONIETTA  
**COGNOME:** DETTORI  
**CODICE FISCALE:** DTTNNT55R57A287O  
**TELEFONO:** 0706095764  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

**NOME:** MARIA BONARIA  
**COGNOME:** MULE  
**CODICE FISCALE:** MLUMBN69E62B354G  
**TELEFONO:** 3273562291  
**FAX:** 0706095763  
**E MAIL:**

---



---

**NOME:** MARIA BONARIA  
**COGNOME:** MULE  
**CODICE FISCALE:** MLUMBN69E62B354G  
**TELEFONO:** 3273562291  
**FAX:** 0706095763  
**E MAIL:**

---

**NOME:** RAFFAELA  
**COGNOME:** SANNA  
**CODICE FISCALE:** SNNRFL72D45B354V  
**TELEFONO:** 3498143605  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

---

---

**SEZIONE 2 - DATI GENERALI RELATIVI ALLA SEDE LEGALE/OPERATIVA OPPURE  
ALLE UNITA' LOCALI (aggregata per unità locali)****2.1 SEDE UNITA' LOCALE n°: 3**

INDIRIZZO: VIA EMILIA

NUMERO CIVICO: 1 CAP: 08033

COMUNE: ISILI

PROVINCIA: CAGLIARI REGIONE: SARDEGNA

**2.2 ASSOCIAZIONE IMPRENDITORIALE (facoltativo)**

NOME:

SEDE:

**2.3 ULTERIORI DATI PER L'UNITA' LOCALE**

NUMERO DIPENDENTI: 367

**2.4 MODALITA' DI RICHIESTA DEI DISPOSITIVI USB**

PER L'ISCRIZIONE DELL'UNITA' LOCALE

**2.5 NUMERO DI DISPOSITIVI USB RICHIESTI PER UNITA' LOCALE**

DISPOSITIVO USB UNICO (Solo nel caso in cui siano indicati i medesimi delegati per tutte le attività)

**SEZIONE 2A - DATI RELATIVI AL RILASCIO DEL DISPOSITIVO USB****2A.1 INDICAZIONE DEL NUMERO PROGRESSIVO DELL'UNITÀ LOCALE DI RIFERIMENTO (indicata nella sottosezione 2.1):3****2A.3 CATEGORIE DI ISCRIZIONE:****2A.2 INDICAZIONE DEL NOME IDENTIFICATIVO DELL'UNITA' OPERATIVA****CATEGORIA:PRODUTTORI/DETENTORI**

PRODUTTORI-DETENTORI DI RIFIUTI SPECIALI

**TIPOLOGIA RIFIUTI PRODOTTI**

Rifiuti Speciali Pericolosi

Numero di addetti per unità locale

Tra 251 e 500 addetti

**2A.4 DELEGATI DELL'UNITA' LOCALE ASSOCIATI AL DISPOSITIVO ELETTRONICO**

**NOME:** ANTONIO  
**COGNOME:** ORRU  
**CODICE FISCALE:** RRONTN57L29E336W  
**TELEFONO:** 0782820376  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

**NOME:** ALESSANDRA  
**COGNOME:** DOTZO  
**CODICE FISCALE:** DTZLSN68H58B354P  
**TELEFONO:** 0782820376  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

---

NOME:	SALVATORE
COGNOME:	SERRA
CODICE FISCALE:	SRRSVT51C05E336P
TELEFONO:	0782820333
FAX:	0782802386
E MAIL:	SALVATORESERRA@ASL8CAGLIARI.IT

---

---

---

**SEZIONE 2 - DATI GENERALI RELATIVI ALLA SEDE LEGALE/OPERATIVA OPPURE  
ALLE UNITA' LOCALI (aggregata per unità locali)****2.1 SEDE UNITA' LOCALE n°: 4**

INDIRIZZO: VIALE RINASCITA  
NUMERO CIVICO: 2 CAP: 09043  
COMUNE: MURAVERA  
PROVINCIA: CAGLIARI REGIONE: SARDEGNA

**2.2 ASSOCIAZIONE IMPRENDITORIALE (facoltativo)**

NOME:

SEDE:

**2.3 ULTERIORI DATI PER L'UNITA' LOCALE**

NUMERO DIPENDENTI: 362

**2.4 MODALITA' DI RICHIESTA DEI DISPOSITIVI USB**

PER L'ISCRIZIONE DELL'UNITA' LOCALE

**2.5 NUMERO DI DISPOSITIVI USB RICHIESTI PER UNITA' LOCALE**

DISPOSITIVO USB UNICO (Solo nel caso in cui siano indicati i medesimi delegati per tutte le attività)

**SEZIONE 2A - DATI RELATIVI AL RILASCIO DEL DISPOSITIVO USB****2A.1 INDICAZIONE DEL NUMERO PROGRESSIVO DELL'UNITÀ LOCALE DI RIFERIMENTO (indicata nella sottosezione 2.1):4****2A.3 CATEGORIE DI ISCRIZIONE:****2A.2 INDICAZIONE DEL NOME IDENTIFICATIVO DELL'UNITA' OPERATIVA****CATEGORIA:PRODUTTORI/DETENTORI**

PRODUTTORI-DETENTORI DI RIFIUTI SPECIALI

**TIPOLOGIA RIFIUTI PRODOTTI**

Rifiuti Speciali Pericolosi

Numero di addetti per unità locale

Tra 251 e 500 addetti

**2A.4 DELEGATI DELL'UNITA' LOCALE ASSOCIATI AL DISPOSITIVO ELETTRONICO**

**NOME:** LUCIANO  
**COGNOME:** PODDA  
**CODICE FISCALE:** PDDLNC60R14L998F  
**TELEFONO:** 0706097712  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

**NOME:** FRANCESCO  
**COGNOME:** PORCU  
**CODICE FISCALE:** PRCFNC59H15L998J  
**TELEFONO:** 0706097798  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

**NOME:** ANTONIO  
**COGNOME:** DIDU  
**CODICE FISCALE:** DDINTN67H07F808M  
**TELEFONO:** 0706097791  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

---

**SEZIONE 2 - DATI GENERALI RELATIVI ALLA SEDE LEGALE/OPERATIVA OPPURE  
ALLE UNITA' LOCALI (aggregata per unità locali)****2.1 SEDE UNITA' LOCALE n°: 5**

INDIRIZZO: VIA LUNGOMARE POETTO  
NUMERO CIVICO: 12 CAP: 09126  
COMUNE: CAGLIARI  
PROVINCIA: CAGLIARI REGIONE: SARDEGNA

**2.2 ASSOCIAZIONE IMPRENDITORIALE (facoltativo)**

NOME:

SEDE:

**2.3 ULTERIORI DATI PER L'UNITA' LOCALE**

NUMERO DIPENDENTI: 510

**2.4 MODALITA' DI RICHIESTA DEI DISPOSITIVI USB**

PER L'ISCRIZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE COMPRESSE NELL'UNITA' LOCALE (SOLO PER I PRODUTTORI)

**2.5 NUMERO DI DISPOSITIVI USB RICHIESTI PER UNITA' LOCALE**

UN DISPOSITIVO USB PER CIASCUNA CATEGORIA



**SEZIONE 2A - DATI RELATIVI AL RILASCIO DEL DISPOSITIVO USB****2A.1 INDICAZIONE DEL NUMERO PROGRESSIVO DELL'UNITÀ LOCALE DI RIFERIMENTO (indicata nella sottosezione 2.1):5****2A.2 INDICAZIONE DEL NOME IDENTIFICATIVO DELL'UNITA' OPERATIVA**

DIREZIONE SANITARIA P O MARINO

**2A.3 CATEGORIE DI ISCRIZIONE:****CATEGORIA:PRODUTTORI/DETENTORI**

PRODUTTORI-DETENTORI DI RIFIUTI SPECIALI

**TIPOLOGIA RIFIUTI PRODOTTI**

Rifiuti Speciali Pericolosi

**Numero di addetti per unità locale**

Tra 251 e 500 addetti

**2A.4 DELEGATI DELL'UNITA' LOCALE ASSOCIATI AL DISPOSITIVO ELETTRONICO**

**NOME:** SERGIO  
**COGNOME:** LACONI  
**CODICE FISCALE:** LCNSRG61A10F986W  
**TELEFONO:** 0706094455  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

**NOME:** GIUSEPPE  
**COGNOME:** PIRAS  
**CODICE FISCALE:** PRSGPP55M04B354T  
**TELEFONO:** 0706094451  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

**NOME:** GIOVANNI  
**COGNOME:** MURGIA  
**CODICE FISCALE:** MRGGNN53C06H118W  
**TELEFONO:** 3495253176  
**FAX:**  
**E MAIL:** GIOVANNIMURGIA@ASL8CAGLIARI.IT

---

---

---

**SEZIONE 2 - DATI GENERALI RELATIVI ALLA SEDE LEGALE/OPERATIVA OPPURE  
ALLE UNITA' LOCALI (aggregata per unità locali)****2.1 SEDE UNITA' LOCALE n°: 6**

INDIRIZZO: VIA ROMAGNA

NUMERO CIVICO: 16 CAP: 09131

COMUNE: CAGLIARI

PROVINCIA: CAGLIARI REGIONE: SARDEGNA

**2.2 ASSOCIAZIONE IMPRENDITORIALE (facoltativo)**

NOME:

SEDE:

**2.3 ULTERIORI DATI PER L'UNITA' LOCALE**

NUMERO DIPENDENTI: 1067

**2.4 MODALITA' DI RICHIESTA DEI DISPOSITIVI USB  
PER L'ISCRIZIONE DELL'UNITA' LOCALE****2.5 NUMERO DI DISPOSITIVI USB RICHIESTI PER UNITA' LOCALE**

DISPOSITIVO USB UNICO (Solo nel caso in cui siano indicati i medesimi delegati per tutte le attività)

**SEZIONE 2A - DATI RELATIVI AL RILASCIO DEL DISPOSITIVO USB****2A.1 INDICAZIONE DEL NUMERO PROGRESSIVO DELL'UNITÀ LOCALE DI RIFERIMENTO (indicata nella sottosezione 2.1):6****2A.3 CATEGORIE DI ISCRIZIONE:****2A.2 INDICAZIONE DEL NOME IDENTIFICATIVO DELL'UNITA' OPERATIVA****CATEGORIA:PRODUTTORI/DETENTORI**

PRODUTTORI-DETENTORI DI RIFIUTI SPECIALI

**TIPOLOGIA RIFIUTI PRODOTTI**

Rifiuti Speciali Pericolosi

Numero di addetti per unità locale

| Oltre 500 addetti

**2A.4 DELEGATI DELL'UNITA' LOCALE ASSOCIATI AL DISPOSITIVO ELETTRONICO**

**NOME:** MAURIZIO  
**COGNOME:** CAREDDA  
**CODICE FISCALE:** CRDMRZ66P11B354R  
**TELEFONO:** 3476583611  
**FAX:**  
**E MAIL:** MAURIZIO.CAREDDA@ASL8CAGLIARI.IT

**NOME:** GAVINA  
**COGNOME:** CULEDDU  
**CODICE FISCALE:** CLDGVN57D50B745Q  
**TELEFONO:** 3400934239  
**FAX:**  
**E MAIL:** GAVINACULEDDU@ASL8CAGLIARI.IT

---

**NOME:** GAVINA  
**COGNOME:** CULEDDU  
**CODICE FISCALE:** CLDGVN57D50B745Q  
**TELEFONO:** 3400934239  
**FAX:**  
**E MAIL:** GAVINACULEDDU@ASL8CAGLIARI.IT

---

**NOME:** SUSANNA  
**COGNOME:** DE AGOSTINI  
**CODICE FISCALE:** DGSSNN67E70B354H  
**TELEFONO:**  
**FAX:** 3409027188  
**E MAIL:** SUANADEAGOSTINI@ASL8CAGLIARI.IT

---

---

---

**SEZIONE 2 - DATI GENERALI RELATIVI ALLA SEDE LEGALE/OPERATIVA OPPURE  
ALLE UNITA' LOCALI (aggregata per unità locali)****2.1 SEDE UNITA' LOCALE n°: 7**

INDIRIZZO: VIA IS GUADAZZONIS  
NUMERO CIVICO: 2 CAP: 09126  
COMUNE: CAGLIARI  
PROVINCIA: CAGLIARI REGIONE: SARDEGNA

**2.2 ASSOCIAZIONE IMPRENDITORIALE (facoltativo)**

NOME:

SEDE:

**2.3 ULTERIORI DATI PER L'UNITA' LOCALE**

NUMERO DIPENDENTI: 350

**2.4 MODALITA' DI RICHIESTA DEI DISPOSITIVI USB  
PER L'ISCRIZIONE DELL'UNITA' LOCALE****2.5 NUMERO DI DISPOSITIVI USB RICHIESTI PER UNITA' LOCALE**

DISPOSITIVO USB UNICO (Solo nel caso in cui siano indicati i medesimi delegati per tutte le attività)

**SEZIONE 2A - DATI RELATIVI AL RILASCIO DEL DISPOSITIVO USB****2A.1 INDICAZIONE DEL NUMERO PROGRESSIVO DELL'UNITÀ LOCALE DI RIFERIMENTO (indicata nella sottosezione 2.1):7****2A.3 CATEGORIE DI ISCRIZIONE:****2A.2 INDICAZIONE DEL NOME IDENTIFICATIVO DELL'UNITA' OPERATIVA****CATEGORIA:PRODUTTORI/DETENTORI**

PRODUTTORI-DETENTORI DI RIFIUTI SPECIALI

**TIPOLOGIA RIFIUTI PRODOTTI**

Rifiuti Speciali Pericolosi

Numero di addetti per unità locale

Tra 251 e 500 addetti

**2A.4 DELEGATI DELL'UNITA' LOCALE ASSOCIATI AL DISPOSITIVO ELETTRONICO**

**NOME:** LOREDANA  
**COGNOME:** ROUX  
**CODICE FISCALE:** RXOLDN59P66B354L  
**TELEFONO:** 0706093072  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

**NOME:** GIUSEPPE  
**COGNOME:** CASU  
**CODICE FISCALE:** CSAGPP57T21L986J  
**TELEFONO:** 0706093074  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---

**NOME:** MARIA GRAZIELLA  
**COGNOME:** PINNA  
**CODICE FISCALE:** PNNMGR59D60H612O  
**TELEFONO:** 0706093110  
**FAX:**  
**E MAIL:**

---



---

---

**SEZIONE 2 - DATI GENERALI RELATIVI ALLA SEDE LEGALE/OPERATIVA OPPURE  
ALLE UNITA' LOCALI (aggregata per unità locali)****2.1 SEDE UNITA' LOCALE n°: 8**

**INDIRIZZO:** VIA JENNER - P.O BUSINCO  
**NUMERO CIVICO:** SNC **CAP:** 09121  
**COMUNE:** CAGLIARI  
**PROVINCIA:** CAGLIARI **REGIONE:** SARDEGNA

**2.2 ASSOCIAZIONE IMPRENDITORIALE (facoltativo)****NOME:****SEDE:****2.3 ULTERIORI DATI PER L'UNITA' LOCALE****NUMERO DIPENDENTI:** 779**2.4 MODALITA' DI RICHIESTA DEI DISPOSITIVI USB**

PER L'ISCRIZIONE DELL'UNITA' LOCALE

**2.5 NUMERO DI DISPOSITIVI USB RICHIESTI PER UNITA' LOCALE**

DISPOSITIVO USB UNICO (Solo nel caso in cui siano indicati i medesimi delegati per tutte le attività)

**SEZIONE 2A - DATI RELATIVI AL RILASCIO DEL DISPOSITIVO USB****2A.1 INDICAZIONE DEL NUMERO PROGRESSIVO DELL'UNITÀ LOCALE DI RIFERIMENTO (indicata nella sottosezione 2.1):8****2A.3 CATEGORIE DI ISCRIZIONE:****2A.2 INDICAZIONE DEL NOME IDENTIFICATIVO DELL'UNITA' OPERATIVA****CATEGORIA:PRODUTTORI/DETENTORI**

PRODUTTORI-DETENTORI DI RIFIUTI SPECIALI

**TIPOLOGIA RIFIUTI PRODOTTI**

Rifiuti Speciali Pericolosi

Numero di addetti per unità locale

Oltre 500 addetti

**2A.4 DELEGATI DELL'UNITA' LOCALE ASSOCIATI AL DISPOSITIVO ELETTRONICO**

<b>NOME:</b>	MIRANDA
<b>COGNOME:</b>	MELIS
<b>CODICE FISCALE:</b>	MLSMND61S54I271I
<b>TELEFONO:</b>	0706092075
<b>FAX:</b>	070521350
<b>E MAIL:</b>	MIRANDAMELIS@ASL8CAGLIARI.IT

<b>NOME:</b>	MARIA GIOVANNA
<b>COGNOME:</b>	MURRU
<b>CODICE FISCALE:</b>	MRRMGV61E63F667Q
<b>TELEFONO:</b>	0706095298
<b>FAX:</b>	070521350
<b>E MAIL:</b>	MARIAGIOVANNAMURRU@ASL8CAGLIARI.IT

**NOME:** FEDERICO  
**COGNOME:** ARGIOLAS  
**CODICE FISCALE:** RGLFRC69H06B354H  
**TELEFONO:** 0706092076  
**FAX:** 070521350  
**E MAIL:** FEDERICOARGIOLAS@ASL8CAGLIARI.IT

---

---

**DATA****FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE**

---

La presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore, ai sensi del art. 38 D.P.R. - n.445/2000.

---

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal Titolare del trattamento stesso, ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e pubblicata sul sito [www.sistri.it](http://www.sistri.it), nella sezione "Documenti"; di essere consapevole della tipologia dei dati che saranno trattati e delle finalità del trattamento, nonché di aver preso atto che il conferimento dei dati predetti ha natura obbligatoria.

---

**DATA****FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE**

---

Tipologia pratica e progressivo	Importo	Data Modifica	Cliente che ha effettuato la modifica	Per maggiori dettagli fare riferimento al report di Modifica anagrafica
RINNOVO ISCRIZIONE 2011 16	EURO 8480.0	22-08-2011	CC	MIL_CA_59209_16
MODIFICA ANAGRAFICA 18	EURO 500.0	29-09-2011	CC	MIL_CA_59209_18
RICHIESTA TOKEN AGGIUNTIVI 23	EURO 200.0	27-09-2013	CC	MIL_CA_59209_23
RICHIESTA TOKEN AGGIUNTIVI 24	EURO 200.0	18-11-2013	CC	MIL_CA_59209_24

## RIEPILOGO DEI CONTRIBUTI PER UNITA' LOCALE

<b>UNITA' LOCALI</b>	
<b><u>UNITA' LOCALE: VIA JENNER - P.O MICROCITEMICO SNC (CAGLIARI)</u></b>	
<b>Dettaglio</b>	<b>Contributo (euro)</b>
PRODUTTORI-DETTENTORI DI RIFIUTI SPECIALI Addetti per unita' locale da 251 a 500 per Rifiuti pericolosi	500.0
<b>Totale</b>	<b>500</b>
<b><u>UNITA' LOCALE: VIA IS MIRRIONIS - P.O SS. TRINITA' 92 (CAGLIARI)</u></b>	
<b>Dettaglio</b>	<b>Contributo (euro)</b>
PRODUTTORI-DETTENTORI DI RIFIUTI SPECIALI Addetti per unita' locale > 500 per Rifiuti pericolosi	800.0
<b>Totale</b>	<b>800</b>
<b><u>UNITA' LOCALE: VIA EMILIA 1 (ISILI)</u></b>	
<b>Dettaglio</b>	<b>Contributo (euro)</b>
PRODUTTORI-DETTENTORI DI RIFIUTI SPECIALI Addetti per unita' locale da 251 a 500 per Rifiuti pericolosi	500.0
<b>Totale</b>	<b>500</b>
<b><u>UNITA' LOCALE: VIALE RINASCITA 2 (MURAVERA)</u></b>	
<b>Dettaglio</b>	<b>Contributo (euro)</b>

PRODUTTORI-DETTENTORI DI RIFIUTI SPECIALI Addetti per unita' locale da 251 a 500 per Rifiuti pericolosi	500.0
<b>Totale</b>	<b>500</b>
<b><u>UNITA' LOCALE: VIA LUNGOMARE POETTO 12 (CAGLIARI)</u></b>	
<b>Dettaglio</b>	<b>Contributo (euro)</b>
PRODUTTORI-DETTENTORI DI RIFIUTI SPECIALI Addetti per unita' locale da 251 a 500 per Rifiuti pericolosi	500.0
<b>Totale</b>	<b>500</b>
<b><u>UNITA' LOCALE: VIA ROMAGNA 16 (CAGLIARI)</u></b>	
<b>Dettaglio</b>	<b>Contributo (euro)</b>
PRODUTTORI-DETTENTORI DI RIFIUTI SPECIALI Addetti per unita' locale > 500 per Rifiuti pericolosi	800.0
<b>Totale</b>	<b>800</b>
<b><u>UNITA' LOCALE: VIA IS GUADAZZONIS 2 (CAGLIARI)</u></b>	
<b>Dettaglio</b>	<b>Contributo (euro)</b>
PRODUTTORI-DETTENTORI DI RIFIUTI SPECIALI Addetti per unita' locale da 251 a 500 per Rifiuti pericolosi	500.0
<b>Totale</b>	<b>500</b>
<b><u>UNITA' LOCALE: VIA JENNER - P.O BUSINCO SNC (CAGLIARI)</u></b>	
<b>Dettaglio</b>	<b>Contributo (euro)</b>
PRODUTTORI-DETTENTORI DI RIFIUTI SPECIALI Addetti per unita' locale > 500 per Rifiuti pericolosi	800.0
<b>Totale</b>	<b>800</b>
<b>Totale</b>	<b>4900</b>

Congratulazioni, la procedura di modifica della pratica SISTRI si è conclusa con successo.

Il suo numero di pratica e' il seguente: **MIL\_CA\_59209**

I dati che ha inserito saranno riscontrati con quelli della sede della Camera di Commercio o della Sede regionale o provinciale dell'Albo Nazionale dei Gestori Ambientali territorialmente competente.

Nel caso ci fosse un disallineamento sui dati la ricontatteremo per verificare i dati comunicati in fase di iscrizione.

In base a quanto da lei dichiarato in fase di iscrizione, e nelle more della verifica dei dati comunicati, l'importo presunto del contributo da versare e' di: **4900.0 euro**.

E' importante comunicare tempestivamente al SISTRI gli estremi del pagamento dei contributi, utilizzando lo strumento a lei più congeniale:

- inviando un fax al numero verde 800 05 08 63;
- scrivendo una mail all'indirizzo [contributo@sistri.it](mailto:contributo@sistri.it)

**Mittente:** Iscrizione mail <iscrizionemail@sistri.it>  
**Destinatario:** giancarlaarca@asl8cagliari.it  
**Data:** 05/05/2014 12:44  
**Soggetto:** SISTRI - info su metodologia di pagamento

---

Gentile Utente  
come da lei richiesto in allegato trova il file con le modalità di pagamento del contributo Sistri.

Cordiali Saluti

CC Sistri

-----  
Le informazioni di natura generale contenute nella presente sono a scopo esclusivamente informativo.

Si declina ogni responsabilita' per le eventuali conseguenze pregiudiziali derivanti da decisioni assunte o meno ovvero da iniziative intraprese o meno sulla base o in conseguenza della presente comunicazione.

-----

**Allegati:**

File: <u>Metodologia</u>	Dimensione:	Tipo contenuto:
<u>pagamenti Sistri.doc</u>	20k	application/msword

*No. Prot 76/A/2003  
del 7-05-14*



Le modalità di pagamento dei contributi SISTRI sono le seguenti:

**presso qualsiasi ufficio postale:**

mediante versamento dell'importo dovuto sul conto corrente postale n. 2595427, intestato alla Tesoreria di Roma Succ.le Min. Ambiente SISTRI D.M. 17.12.2009 Min. Amb. DG Tut. Ter. Via C. Colombo, 44 – 00147 ROMA

In particolare, nella causale di versamento occorrerà indicare:

- contributo SISTRI/anno 20nn;
- il codice fiscale dell'Operatore;
- il numero di pratica comunicato dal SISTRI, a conferma dell'avvenuta iscrizione;

**presso gli sportelli del proprio istituto di credito:**

mediante bonifico bancario alle coordinate IBAN: IT56L 07601 03200 000002595427

Beneficiario:

TESOR. DI ROMA SUCC.LE

MIN.AMBIENTE SISTRI D.M. 17.12.2009

MIN.AMB.DG TUT.TER.VIA C.COLOMBO 44

00147 - ROMA

In particolare, nella causale di versamento occorrerà indicare:

- contributo SISTRI/anno 20nn;
- il codice fiscale dell'Operatore;
- il numero di pratica comunicato dal SISTRI, a conferma dell'avvenuta iscrizione.

Dopo aver effettuato il pagamento dei contributi spettanti, gli Operatori dovranno comunicare al SISTRI, via fax al numero verde 800 05 08 63 o via e-mail all'indirizzo [contributo@sistri.it](mailto:contributo@sistri.it), i seguenti estremi di pagamento:

- *il numero della quietanza di pagamento rilasciata dalla Sezione della Tesoreria Provinciale presso la quale è stato effettuato il pagamento, ovvero il numero VCC-VCY della ricevuta del bollettino postale, ovvero*
- *il numero del "Codice Riferimento Operazione" (CRO) del bonifico bancario;*
- *l'importo del versamento;*
- *il numero di pratica a cui si riferisce il versamento.*