

V 695



ESERCIZIO 20 13

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1622

S. RAFFAELS

ESAMI CLINICI

**AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.**

Sede legale ed amministrativa: 74100 TARANTO - Via C. Battisti, 657

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

Codice fiscale, Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733

Capita Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	0	1.622	19/12/2013			€ 54,80

**IL CASSIERE
PAGHERA'
LA SOMMA DEL PRESENTE ORDINATIVO DI PAGAMENTO
A FAVORE DI:**

S.RAFFAELE CITTADELLA CARITA'

P.LE CITTADELLA DELLA CARITA'1

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: 01051420733

CC 03.18;21.039

DICONSI EURO: cinquantaquattro,80

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ESAMI CLINICI CAZZATO L./MARINELLI R.

PAGAMENTO FATTURE N.

135 MDL, 302 MDL

IMPORTO LORDO	€	54,80
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	54,80



RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€	54,80	CASSA
	PREVISIONE	€	0,00	CASSA
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€	0,00	CASSA
	DISPONIBILITA'	€	0,00	CASSA
ESTREMI DELIBERA				
94/09				

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

D 8.08/000 A 9072.11/000
BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA
FILIALE 9601 TARANTO ABI/CAB: 01030/15801
NR. 0960102300114 DEL 30.12.13 CRO: 13427724700
DATA ORDINE 30.12.13

ORDINANTE: AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TA

TARANTO
BANCA DEST: BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA
9602 TARANTO AG. 2

BENEFICIARIO: C/C 78215,59
SAN RAFFAELE CITTADELLA DELLA
CARITA'
TARANTO

VALUTA: 30.12.13

IMPORTO 54,80 COMMISSIONI
(PARI A LIRE 106.108 0)

NOTE: PAG. FATT. 135 MDL-302 MDL
MANDATO NUM. 1622

GRUPPO BANCARIO MONTE PASCHI SIENA - BANCA 1030.6 -GRUPPO 10

**AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.**

Sede legale ed amministrativa: 74100 TARANTO - Via C. Battisti, 657

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

Codice fiscale, Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733

Capita Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	0	1.622	19/12/2013			€ 54,80

IL CASSIERE**PAGHERA'****LA SOMMA DEL PRESENTE ORDINATIVO DI PAGAMENTO****A FAVORE DI:**

S.RAFFAELE CITTADELLA CARITA'

P.LE CITTADELLA DELLA CARITA'1

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: 01051420733

CC 03.18;21.039

DICONSI EURO: cinquantaquattro,80

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ESAMI CLINICI CAZZATO L./MARINELLI R.

PAGAMENTO FATTURE N.

135 MDL, 302 MDL

IMPORTO LORDO	€	54,80
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	54,80

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 54,80	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'	€ 0,00	
94/09			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)
Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

Fattura N.	Data
135 MDL	02/04/2013

5670

Prot. N. 05 APR. 2013

Del	PRESIDENTE	☐
PG	DIRETTORE GENERALE	☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DT	DIRETTORE TECNICO	☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
UAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	☐
UA	ACQUISTI / CONTRATTI	☐
UC	CONTABILITA' / BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSONALE / RETRIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UEPT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
UERG	RAGIONERIA / ECONOMATO	☐
STQ	STAFF QUALITA'	☐

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **aprile 2013** Dal: **1-mar-13** Al: **31-mar-13**

N.dipendenti **1**

N.Ordine

IMPONIBILE	€	10,60
	€	
Totale	€	10,60

Modalità di pagamento:

RIMESSA DIRETTA

BANCA:Monte dei Pachi di Siena

ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559
IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

CIN:P

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitareVi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

RIC	N.IVA 892
DATA DI REGISTR. 10 APR 2013	

P.le Mons. Guglielmo Motolese n. 1 • 74123 TARANTO
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250 • P.IVA 01051420733 • C.F. 90014210737
cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it

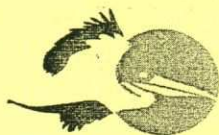




SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

ELENCO DIPENDENTI

NUMERO FATTURA	135	AZIENDA	AMAT S.P.A.		
BUZZERIO	COSIMO		BZZCSM64H14L049B	13/03/2013	
Branca	Esame		Qta		Prezzo
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090225 FERRO [S]		1		3
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090622 EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.		1		5,3
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	091492 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		1		2,3
	Totale BUZZERIO	COSIMO	3		10,60
Numero dipendenti	1	Totale Fattura	3		10,60



SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)
Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

Fattura N.	Data
135 MDL	02/04/2013

5670
Prot. N. **05 APR. 2013**
Del P. PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
UE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☐
EA ACQUISTI / CONTRATTI ☐
UC CONTABILITÀ / BILANCIO ☐
UR INFORMATICA ☐
UP PERSONALE / RETRIBUZIONI ☐
UT TECNICO ☐
UPT PRODOTTI TRAFFICO ☐
URG RAGIONERIA / ECONOMATO ☐
STQ STAFF QUALITÀ ☐

Vi remetiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **aprile 2013** Dal: **1-mar-13** Al: **31-mar-13**
N.dipendenti **1**
N.Ordine

IMPONIBILE € **10,60**

Totale € **10,60**

Modalità di pagamento:
RIMESSA DIRETTA

BANCA:Monte dei Pachi di Siena
ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559 CIN:P
IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitarVi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.

RIC	N.IVA 892
DATA DI REGISTR.	10 APR 2013

P.le Mons. Guglielmo Motolese n. 1 • 74123 TARANTO
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250 • P.IVA 01051420733 • C.F. 90014210737
cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it



UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. 94 del 09

Data scadenza pagamento

02-5-13

DATA 04 NOV. 2013 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA FIRMA

04 NOV. 2013

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 17 APR 2013 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA

UNITA' AA.GG. E PP.RR.
 verifica conferimento incarico

Conferimento del Prot.....

IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.

DATA FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA 30.10.2013 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA 30.10.2013 FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO

verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:



SAN RAFFAELE
CITTADILLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

ELENCO DIPENDENTI

NUMERO FATTURA	135	AZIENDA	AMAT S.P.A.		
BUZZERIO	COSIMO		BZZCSM64H14L049B	13/03/2013	
Branca	Esame			Qta	Prezzo
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090225 FERRO (S)			1	3
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090622 EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.			1	5,3
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	091492 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			1	2,3
	Totale BUZZERIO		COSIMO	3	10,60
Numero dipendenti	1		Totale Fattura	3	10,60



Dott. LUCIANO APREA

MEDICO COMPETENTE Via F Cavallotti, 82 - 74123 TARANTO

Giudizio di idoneità alla mansione (Art 25 e Art.41 c.6 del D.L. 81/2008)

Azienda: **AMAT SPA TARANTO**

In data 14.05.13 ho sottoposto alla visita medica periodica/controllo il lavoratore, BUZZARDI COSIMO

nato il 14.06.64, per la mansione di ASSILIANTO DEL TRAFFICO

Accertamenti eseguiti: Visita medica + ESAMI DI LABORATORIO

Giudizio:

☒ **IDONEO**

☐ IDONEO CON PRESCRIZIONI _____

☐ IDONEO CON LIMITAZIONI _____

☐ INIDONEO TEMPORANEAMENTE

☐ INIDONEO PERMANENTEMENTE

Alla mansione di ASSILIANTO DEL TRAFFICO - OPERATORI DELLA MOBILITA'

Torna a controllo NOVEMBRE 2013

Taranto, 16.05.2013

Il medico competente

Dr. **LUCIANO APREA**
Medico del Lavoro
Via Cavallotti, 82
Tel./Fax 099/4527471
74100 TARANTO

Luciano Aprea

Il lavoratore sottoscrive che quanto segnalato all'anamnesi corrisponde al vero e che informerà, tempestivamente, il medico competente su future variazioni del proprio stato di salute. E' stato informato dei rischi di salute associati alla mansione assegnatagli e del significato degli accertamenti svolti. E' consapevole che, il trattamento dei dati raccolti è finalizzato allo svolgimento dell'attività di Sorveglianza sanitaria nel rispetto del D.Lgs 196/03 (privacy)

Avverso il giudizio di cui al comma 9 art 41 del D.Lgs 81/2008, è ammesso ricorso, entra trenta giorni dalla data di comunicazione, all'Organo di vigilanza competente, che dispone eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

Inviato al datore di lavoro il _____

Consegnato al lavoratore il _____

(data e firma)

Prot. N°

7951
16 MAG. 2013

Del		
P	PRESIDENTE	☐
DG	DIRETTORE GENERALE	☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DT	DIRETTORE TECNICO	☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
UAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	☐
UA	ACQUISTI/CONTRATTI	☐
UC	CONTABILITA'/BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSONALE/RETRIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
URG	RAGIONERIA/ECONOMATO	☐
STQ	STAFF QUALITA'	☐

9





SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
 FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
 VIA CESARE BATTISTI 657
 74100 TARANTO (TA)

Cod.Fisc. **00146330733**

Part.IVA **00146330733**

<i>Fattura N.</i>	<i>Data</i>
302 MDL	29/06/2013

08 LUG 2013

Prot. N. **11295**
05 LUG. 2013

Del	PRESIDENTE	☐
R	DIRETTORE GENERALE	☐
DG	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DA	DIRETTORE TECNICO	☐
DE	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
DAG	AFFARI GEN. P.R./SINISTRI	☐
UA	ACQUISTI / CONTRATTI	☐
UC	CONTABILITÀ / BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSONALE / RETRIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
URG	RAZIONERIA / ECONOMATO	☐
STQ	STAFF QUALITÀ	☐

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **giugno 2013** Dal: **1-giu-13** Al: **29-giu-13**

N.dipendenti **2**

N.Ordine

IMPONIBILE	€	44,20
	€	
Totale	€	44,20

Modalità di pagamento:
RIMESSA DIRETTA

BANCA: Monte dei Pachi di Siena
 ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559 CIN:P
 IBAN: IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitareVi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.

P. 1866
31/7/13

P.le Mons. Guglielmo Motolese n. 1 • 74123 TARANTO
 Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250 • P.IVA 01051420733 • C.F. 90014210737
 cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it





SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

ELENCO DIPENDENTI

NUMERO FATTURA	302	AZIENDA	AMAT S.P.A.		
CAZZATO	LEONARDO		CZZLRD69E13L049X	21/06/2013	
Branca	Esame		Qta	Prezzo	
OTORINOLARINGOIATRIA	000897 VISITA OTORINOLARINGO		1	20	
Totale	CAZZATO	LEONARDO	1	20,00	
MARINELLI	RAFFAELE	MRNRFL60L24L049H	11/06/2013		
Branca	Esame		Qta	Prezzo	
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090255 GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]		1	2,4	
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090271 GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]		1	2,2	
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090281 HB - EMOGLOBINA GLICATA		1	12	
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090622 EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.		1	5,3	
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	091492 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		1	2,3	
Totale	MARINELLI	RAFFAELE	5	24,20	
Numero dipendenti	2	Totale Fattura	6	44,20	

Medicina del lavoro

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)

Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

<i>Fattura N.</i>	<i>Data</i>
302 MDL	29/06/2013

08 LUG 2013

11295

Prot. N. **05 LUG 2013**

Pres	PRESIDENTE	☐
Dir	DIRETTORE GENERALE	☐
Dir	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
Dir	DIRETTORE TECNICO	☐
Dir	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
Dir	AFFARI GEN. P.R./SINISTRI	☐
Dir	ACQUISTI / CONTRATTI	☐
Dir	CONTABILITÀ / BILANCIO	☐
Dir	INFORMATICA	☐
Dir	PERSONALE / RETRIBUZIONI	☐
Dir	TECNICO	☐
Dir	PRODOTTI TRAFFICO	☐
Dir	RG RAGIONERIA / ECONOMATO	☐
Dir	STQ STAFF QUALITÀ	☐

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **giugno 2013** Dal: **1-giu-13** Al: **29-giu-13**

N.dipendenti **2**

N.Ordine

IMPONIBILE	€	44,20
	€	
Totale	€	44,20

Modalità di pagamento:
RIMESSA DIRETTA

BANCA: Monte dei Pachi di Siena
ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559 CIN:P
IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitarVi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.

P. 1866
31/7/13

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° 94 del 09

Data scadenza pagamento

29-7-13

DATA 04 NOV. 2013 ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA FIRMA

04 NOV. 2013

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

4 - SET 2013

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA

UNITA' AA.GG. E PP.RR.
 verifica conferimento incarico

Conferimento del Prot.....

IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.

DATA FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

30.10.2013

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA FIRMA

30.10.2013

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO

verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

ELENCO DIPENDENTI



SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

NUMERO FATTURA	302	AZIENDA	AMAT S.P.A.		
CAZZATO	LEONARDO		CZZLRD69E13L049X	21/06/2013	
Branca	Esame			Qta	Prezzo
OTORINOLARINGOIATRIA	000897 VISITA OTORINOLARINGO			1	20
Totale	CAZZATO	LEONARDO		1	20,00
MARINELLI	RAFFAELE		MRNRFL60L24L049H	11/06/2013	
Branca	Esame			Qta	Prezzo
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090255 GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) (S/U)			1	2,4
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090271 GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]			1	2,2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090281 HB - EMOGLOBINA GLICATA			1	12
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090622 EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND, DERIV., F. L.			1	5,3
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	091492 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			1	2,3
Totale	MARINELLI	RAFFAELE		5	24,20
Numero dipendenti	2	Totale Fattura		6	44,20



Dot. LUCIANO APREA
MEDICO COMPETENTE Via F. Cavallotti, 82 - 74123 TARANTO

Giudizio di idoneità alla mansione (Art 25 e Art.41 c.6 del D.L. 81/2008)

Azienda: AMAT SPA TARANTO

In data 18/06/13 ho sottoposto alla visita medica periodica/controllo il lavoratore CAZZATO LEONARDO

nato il 13-05-69, per la mansione di OPERATORE D'ESTERNO

Accertamenti eseguiti: Visita medica + CONSULTAZIONE DRL

Giudizio:

- ☐ IDONEO
☐ IDONEO CON PRESCRIZIONI
☐ IDONEO CON LIMITAZIONI
☒ INIDONEO TEMPORANEAMENTE
☐ INIDONEO PERMANENTEMENTE

Alla mansione di OPERATORE D'ESTERNO

Torna a controllo 16/10/2013

Taranto, 25.06.13

Il medico competente

Dr. LUCIANO APREA
Medico del Lavoro
Via Cavallotti, 82
Tel./Fax 099/4527471
74100 TARANTO

Il lavoratore sottoscrive che quanto segnalato all'anamnesi corrisponde al vero e che informerà, tempestivamente, il medico competente su future variazioni del proprio stato di salute. E' stato informato dei rischi di salute associati alla mansione assegnatagli e del significato degli accertamenti svolti. E' consapevole che, il trattamento dei dati raccolti è finalizzato allo svolgimento dell'attività di Sorveglianza sanitaria nel rispetto del D.Lgs 196/03 (privacy)

Avverso il giudizio di cui al comma 9 art 41 del D.lgs 81/2008, è ammesso ricorso, entra trenta giorni dalla data di comunicazione, all'Organo di vigilanza competente, che dispone eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

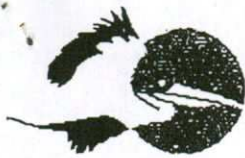
Inviato al datore di lavoro il _____

Consegnato al lavoratore il _____
(data e firma)

Prot. N° 1216h
Del 18 LUG. 2013

P	PRESIDENTE	☐
DG	DIRETTORE GENERALE	☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DT	DIRETTORE TECNICO	☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
UAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	☐
UA	ACQUISTI/CONTRATTI	☐
UC	CONTABILITA'/BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSONALE/RETRIBUZIONI	☒
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
URG	RAZIONERIA/ECONOMATO	☐
STO	STAFF QUALITÀ	☐

10



SAN RAFFAELE
CITADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Azienda AMAT S.P.A.

NUMERO DI ACC: _____

NUMERO LAB: _____

Sig. MARINELLI

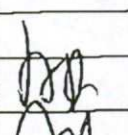
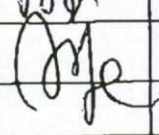
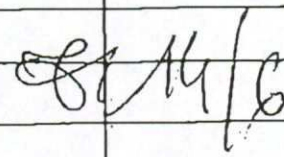
RAFFAELE

Data e luogo di nascita 24/07/1960 TARANTO

Mansione AREA MOVIMENTO-PERSONALE Doc.di riconoscimento

Tipologia visita _____

Data Esami 11-glu-13

PRESTAZIONE	SPECIFICA ESAME DA SEGUIRE	FIRMA MEDICO	FIRMA TECNICO	
VISITA MEDICA				
ACCERTAMENTI CONSIGLIATI	GLICORIA - ALBRI			
	PGT - OMOLOGO			