

1279



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

ESERCIZIO 20 86

## ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 645

INPS

VISITA FISCALE

\_\_\_\_\_

**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         | 645           | 13/05/2014 |           |           | € 55,72            |

**IL CASSIERE****PAGHERA'****LA SOMMA DEL PRESENTE ORDINATIVO DI PAGAMENTO****A FAVORE DI:****I.N.P.S.**

74100 ()

Partita IVA: 02121151001

CC 03.18;21.374

DICONSI EURO: cinquantacinque,72

PAGAMENTO:

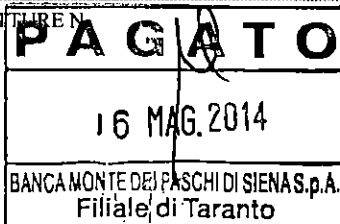
A MEZZO DELEGA BANCARIA *GIÀ TRASMESSA*

IBAN:

**CAUSALE DEL PAGAMENTO**

FT.274/F PN.57/14

PAGAMENTO FATTURE N°



|                 |   |       |
|-----------------|---|-------|
| IMPORTO LORDO   | € | 55,72 |
| TOTALE RITENUTE | € | 0,00  |
| IMPORTO         | € | 55,72 |

| RISULTANZE<br>DELLA GESTIONE DI CASSA | ESTREMI DELIBERA | IMPORTO LORDO           | € | 55,72 | CASSA |
|---------------------------------------|------------------|-------------------------|---|-------|-------|
|                                       |                  | PREVISIONE              | € | 0,00  | CASSA |
|                                       |                  | PROG. ORDINATIVI EMESSI | € | 0,00  |       |
|                                       |                  | DISPONIBILITA'          | € | 0,00  |       |

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



**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         | 645           | 13/05/2014 |           |           | € 55,72            |

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

I.N.P.S.

74100 0

Partita IVA: 02121151001

CC 03.18;21.374

DICONSI EURO: cinquantacinque,72

PAGAMENTO:

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIÀ TRASMESSA

IBAN:

**CAUSALE DEL PAGAMENTO**

FT.274/F PN.57/14

PAGAMENTO FATTURE N.

|                        |   |       |
|------------------------|---|-------|
| <b>IMPORTO LORDO</b>   | € | 55,72 |
| <b>TOTALE RITENUTE</b> | € | 0,00  |
| <b>IMPORTO</b>         | € | 55,72 |

|                                               |                                | CASSA   | CASSA |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|---------|-------|
| <b>RISULTANZE<br/>DELLA GESTIONE DI CASSA</b> | <b>IMPORTO LORDO</b>           | € 55,72 |       |
|                                               | <b>PREVISIONE</b>              | € 0,00  |       |
|                                               | <b>PROG. ORDINATIVI EMESSI</b> | € 0,00  |       |
|                                               | <b>DISPONIBILITA'</b>          | € 0,00  |       |
| <b>ESTREMI DELIBERA</b>                       |                                |         |       |

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

# INPS

Istituto Nazionale  
Previdenza Sociale



Direzione Subprovinciale di  
**MANDURIA**

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/00**

Partita IVA :

Cod. Fiscale : **00146330733**

M.P. 645/14

All'azienda

**AMAT AZIENDA TRASPORTI PUBBLICI**

**VIA C.BATTISTI,657**

**74121 TARANTO TA**

**24 APR. 2014**

Fattura N. **274 / P** del **17.12.2013**

Richiesta di pagamento N. **128** del **17.12.2013**

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

| Prg. | Cognome/nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-----------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1    | DE PADOVA/VINCENZO          | 28.03.1978      | 30085          | 02.08.2013        | 55,72   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Totale Euro                   | 55,72 |
| Bollo Euro                    | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 55,72 |

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

**L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:**

Codice Sede **7890**  
Causale contributo **VMCF**  
Codice INPS **78004496130012830**  
Importi a debito versati **55,72**

Il Direttore Subprovinciale  
**GIANPIERO ANDRISANO**

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

**9617**  
**23 APR. 2014**

Ad Amm.re Delegato ☐  
DG Direttore Generale ☐  
DA Direttore Amministrativo ☐  
DT Direttore Tecnico ☐  
UAP Appalti / Contratti ☐  
UCM Commerciale / Marketing ☐  
UCB Contabilità Bilancio ☐  
UES Esercizio / Sosta ☐  
UIS Informatica / Statistica ☐  
UMT Manutenzione / Tecnica ☐  
URU Risorse Umane ☐  
UAG Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRI ☐  
RAG Ufficio Ragioneria ☐  
STQ Stati Qualità ☐

# INPS

Istituto Nazionale  
Previdenza Sociale



Direzione Subprovinciale di  
MANDURIA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/00

Partita IVA :

Cod. Fiscale : 00146330733

20 DIC. 2013

All'azienda

AMAT AZIENDA TRASPORTI PUBBLICI

VIA C.BATTISTI,657

74121 TARANTO TA

Fattura N. 274 /P del 17.12.2013

Richiesta di pagamento N. 128 del 17.12.2013

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

| Prg. | Cognome/nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-----------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1    | DE PADOVA/VINCENZO          | 28.03.1978      | 30085          | 02.08.2013        | 55,72   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Totale Euro                   | 55,72 |
| Bollo Euro                    | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 55,72 |

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| Codice Sede              | 7890              |
| Causale contributo       | VMCF              |
| Codice INPS              | 78004496130012830 |
| Importi a debito versati | 55,72             |

Il Direttore Subprovinciale  
GIANPIERO ANDRISANO

**AmAt**  
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

20950

del 27 DIC. 2013

|     |                             |                          |
|-----|-----------------------------|--------------------------|
| AD  | Amm.re Delegato             | <input type="checkbox"/> |
| DG  | Direttore Generale          | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo    | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico           | <input type="checkbox"/> |
| UAP | Appalti / Contratti         | <input type="checkbox"/> |
| UCM | Commerciale / Marketing     | <input type="checkbox"/> |
| UCB | Contabilità Bilancio        | <input type="checkbox"/> |
| UES | Esercizio / Sosta           | <input type="checkbox"/> |
| UIS | Informatica / Statistica    | <input type="checkbox"/> |
| UMT | Manutenzione / Tecnica      | <input type="checkbox"/> |
| URU | Risorse Umane               | <input type="checkbox"/> |
| UAG | Affari Gen. PP.RR. SINISTRI | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Ufficio Ragioneria          | <input type="checkbox"/> |
| STQ | Staff Qualità               | <input type="checkbox"/> |

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| RIC 4204                  | N.IVA |
| DATA DI REGISTR. 31/12/13 |       |

1160 G/C  
13 MAG. 2014

|                               |          |
|-------------------------------|----------|
| RIC                           | N.IVA 5% |
| DATA DI REGISTR. 17 GEN. 2014 |          |

**INPS**Istituto Nazionale  
Providenza SocialeDirezione Subprovinciale di  
MANDURIA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/00

Partita IVA :

Cod. Fiscale : 00146330733

30 DIC. 2013

All'azienda  
AMAT AZIENDA TRASPORTI PUBBLICI  
VIA C.BATTISTI,657  
74121 TARANTO TAFattura N. 274 /P del 17.12.2013  
Richiesta di pagamento N. 128 del 17.12.2013

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

| Prg. | Cognome/nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-----------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1    | DE PADOVA/VINCENZO          | 28.03.1978      | 30085          | 02.08.2013        | 55,72   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Totale Euro                   | 55,72 |
| Bollo Euro                    | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 55,72 |

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| Codice Sede              | 7890              |
| Causale contributo       | VMCF              |
| Codice INPS              | 78004496130012830 |
| Importi a debito versati | 55,72             |

Il Direttore Subprovinciale  
GIANPIERO ANDRISANOAmat  
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

20950

del

27 DIC. 2013

|     |                               |                          |
|-----|-------------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato       | <input type="checkbox"/> |
| DG  | Direttore Generale            | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo      | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico             | <input type="checkbox"/> |
| UAP | Appalti / Contratti           | <input type="checkbox"/> |
| UCM | Commerciale / Marketing       | <input type="checkbox"/> |
| UCB | Contabilità Bilancio          | <input type="checkbox"/> |
| UES | Esercizio / Sosta             | <input type="checkbox"/> |
| UIS | Informatica / Statistica      | <input type="checkbox"/> |
| UMT | Manutenzione / Tecnica        | <input type="checkbox"/> |
| URU | Risorse Umane                 | <input type="checkbox"/> |
| UAG | Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRI | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Ufficio Ragioneria            | <input type="checkbox"/> |
| STQ | Staff Qualità                 | <input type="checkbox"/> |

RIC 4204 N.IVA  
DATA DI REGISTR. 31/12/13RIC N.IVA 57  
DATA DI REGISTR. 17 GEN. 2014

**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° del

Data scadenza pagamento

DATA L'ADDETTO AL RISCONTRO

**IL RESP. UNITA' CONTRATTI**  
 per supervisione

DATA FIRMA

**UFFICIO RAGIONERIA**  
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

20 FEB 2014

FIRMA DEL RESPONSABILE

12 MAG 2014

**IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO**  
 per supervisione

DATA FIRMA

13-05-2014

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

16.04.2014

Firma

**IL RESP. UNITA' PERSONALE**  
 per supervisione

DATA

FIRMA

16.04.2014

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:

**INPS**  
**2000**

- ☒ Richieste di visita medica di controllo<sup>(1)</sup>  
☐ Conferma della richiesta di visita medica di controllo già effettuata con telefonare del  
(1)

000-7708743

Alla Sede I.N.P.S. TARANTo

Reparto V.M.C. (Visite Mediche di Controllo)

U.D.P. a Sostegno del Reddito

Ai sensi dell'art. 5 della Legge 638/1983 il/la sottoscritto/a MATICHESCUA GIOVANNI chiede di voler procedere a visita medica domiciliare nei confronti del lavoratore sotto citato, il quale ha comunicato di essere ammalato. Il sottoscritto medesimo si impegna a rimborsare all'I.N.P.S. il costo della visita stessa, dietro richiesta di pagamento da parte di quest'ultimo.

\* Dati relativi al lavoratore:

- Nome, cognome e cognome acquisito AS PADOVA VINCENZO
- Luogo e data di nascita CROTONE 28.03.1978
- Indirizzo abituale (Via, n. civico, int., C.A.P., Comune) VIA TABUATA N. 3  
THORO - SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE
- Domicilio occasionale durante la malattia (Via, n. civico, int., C.A.P., Comune)  
VIA DOCKINGRO KM. 1 LATO DESERO S.M. - THORO SAN MARZANO
- Codice Fiscale APD UCN F8C2P E 205 L
- Ammalato dal 20.07.2013 al<sup>(2)</sup> 02.08.2013

\* Dati relativi al datore di lavoro:

- Denominazione: A.N.A.T. S.p.A.
- Indirizzo (Via, n. civico, int., C.A.P., Comune): VIA CESARE BATTI, 657 - THORO TARANTO
- Partita IVA e codice fiscale: 00146330733
- Matricola I.N.P.S.: 7800449608
- C.S.C. (Codice statistico contributivo): -
- Nome, cognome del richiedente e recapito telefonico: PIERANTONIO PARRONIA 099-7356240

\* Il lavoratore sopra citato<sup>(1)</sup>:

- ☒ ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'I.N.P.S.;
- ☐ non ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'I.N.P.S.

\* Per lo stesso evento di malattia<sup>(1)</sup>:

- ☒ non è stata richiesta alcuna visita di controllo alle USL;
- ☐ sono state richieste alle USL T4/..... visite di controllo nelle seguenti date \_\_\_\_\_

TARANTO

31.07.2013

(luogo)

(data)

A.N.A.T. S.p.A.

IL DIRETTORE GENERALE

Ing. Giovanni MATICHESCUA

(firma leggibile e autografa del datore di lavoro)

(1) Seguire il testo che ricorre;

(2) Indicare il data di scadenza della prognosi, unicamente se questi risulta a carico di lavoro da comunicazione sanitaria.

Richiedente:56039072

Data Richiesta:13/05/2014

Data Spedizione:13/05/2014

Tipo Funzione:F24

Id. Flusso:13999736649040KP0W2K

Stato:SPEDITO

Primo Firmatario:ETTORE

Secondo Firmatario:

Abi Cab Numero Conto Tipo Conto :01030 15801 000000008768 CC

DELEGA IRREVOCABILE A: **BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.P.A.**

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA **SUCCURSALE DI TARANTO**

PROV. **TA**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

barriere in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

**DATI ANAGRAFICI**

**A.M.A.T. S.P.A.**

data di nascita

giorno

me

anno

se

pro

comune, lo Stato estero, di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE** **TARANTO**

**T A**

**VIA CESARE BATTISTI, 657**

**CODICE FISCALE** del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

**SEZIONE IRPEF**

**IMPOSTE DIRETTE - IVA**

**RITENUTE ALLA FONTE**

**ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese, n.

primo di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

**0,00 B**

**0,00**

**SALDO (A-B)**

**0,00**

**SEZIONE INPS**

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/filiale azienda

periodo di riferimento: da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

**7890**

**VMCF**

**78004496130012830**

**55,72**

**0,00**

**SALDO (C-D)**

**0,00**

**TOTALE C**

**55,72 D**

**0,00**

**55,72**

**SEZIONE REGIONI**

codice regione

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese, n.

primo di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

**SALDO (E-F)**

**TOTALE E**

**0,00 F**

**0,00**

**0,00**

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune

Imu

Altri

Salite

numeri

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese, n.

primo di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

**SALDO (G-H)**

**TOTALE G**

**0,00 H**

**0,00**

**0,00**

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice sede

codice ditta

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

codice sede

causale contributo

codice posizione

periodo di riferimento: da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

**SALDO (M-N)**

**TOTALE M**

**0,00 N**

**0,00**

**0,00**

**SALDO FINALE**

**EURO**

**55,72**

**ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE LA CURA DI BANCA/POSTE/AGENTI DELLA RISCOSSIONE)**

**DATA**

**CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE**

**AZIENDA**

**CAB/SPORTELLI**

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

**COPIA NON VALIDA COME ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO**

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO