



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

T068

ESERCIZIO 20 15

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 166

S. RAFFAELE

ESAMI CLINICI

ADIPENDENTI DIV.

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
 Capitale 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	166	10/02/2015			€ 102,00

**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: centodue,00

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

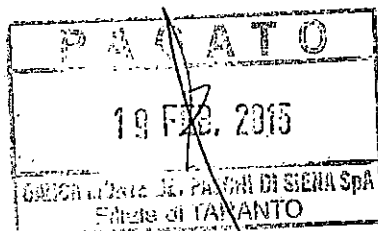
BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ESAMI CLINICI A DIP. 09/2014

PAGAMENTO FATTURE N.
 369 MDL



IMPORTO LORDO	€	102,00
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	102,00

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		€ 102,00	
		€ 0,00	
	PREVISIONE	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
	DISPONIBILITA'	€ 0,00	
ART.24 ST.			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA
FILIALE 9601 TARANTO
IBAN BENEFICIARIO: IT35P0103015805000007821559
NR.SCT: 70858193 CRO: 29447042906
DATA ORDINE: 19.02.2015
TRANSACTION ID: 2944704290601030481580115800IT
ORDINANTE: AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TA
VIA CESARE BATTISTI 657
TARANTO
BANCA DEST: MONTE DEI PASCHI DI SIENA
TARANTO AG. 2
BENEFICIARIO: SAN RAFFAELE CITTADELLA DELLA
PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1
TARANTO
DT REG : 19.02.2015
IMPORTO: 102,00
NOTE: PAG. FATT. 369 MDL
MANDATO NUM. 166

GRUPPO BANCARIO MONTE PASCHI SIENA - BANCA 1030.6 -GRUPPO 1030

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	166	10/02/2015			€ 102,00

IL CASSIERE

PAGHERA'

LA SOMMA DEL PRESENTE ORDINATIVO DI PAGAMENTO
 A FAVORE DI:

S.RAFFAELE CITTADELLA CARITA'

P.LE CITTADELLA DELLA CARITA'

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: 01051420733

CC 03.18;21.039

DICONSI EURO: centodue,00

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ESAMI CLINICI A DIP. 09/2014

PAGAMENTO FATTURE N.

369 MDL

IMPORTO LORDO	€	102,00
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	102,00

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA'
		€ 102,00	
		€ 0,00	
	PREVISIONE	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ART.24 ST.	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

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
369 MDL	30/09/2014

...enza per la mobilità nell'area di Taranto.

Vol. n. **19909**
06 OTT. 2014

AD	Amm.re Delegato	☐
AG	Direttore Generale	☐
AA	Direttore Amministrativo	☐
AT	Direttore Tecnico	☐
AP	Appalti / Contratti	☐
JCM	Commerciale / Marketing	☐
JCB	Contabilità Bilancio	☐
JES	Esercizio / Sosta	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UMT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Gen. PPRR SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
ITO	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: **settembre 2014** Dal: **1-set-14** Al: **30-set-14**

N.dipendenti **1**

N.Ordine

IMPONIBILE € **100,00**

€ **2,00**

Imposta di bollo

Totale € **102,00**

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

N. RIC.	N. IVA 2886
DATA DI REGISTRAZIONE 20 OTT. 2014	

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.

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.

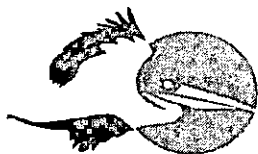
Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

Imposta di bollo su originale € 2,00



P.le Mons. Guglielmo Motolese n. 1 • 74125 Taranto
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250 • P.JVA 01051420733 • C.F. 90014210737
cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it





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>
369 MDL	30/09/2014

19909
06 OTT. 2014

el

AMM.re Delegato ☐

Direttore Generale ☐

Direttore Amministrativo ☐

Direttore Tecnico ☐

Appalti / Contratti ☐

Commerciale / Marketing ☐

Contabilità Bilancio ☐

Esercizio / Sosta ☐

Informatica / Statistica ☐

Manutenzione / Tecnica ☐

Risorse Umane ☐

Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐

Ufficio Ragioneria ☐

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: **settembre 2014** Dal: **1-set-14** Al: **30-set-14**

N.dipendenti **1**

N.Ordine

IMPONIBILE € **100,00**

€ **2,00**

Imposta di bollo

Totale € **102,00**

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

N. RIC. _____ N. IVA **2886**

DATA DI REGISTRAZIONE **20 OTT. 2014**

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

Imposta di bollo su originale € 2,00

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.le Mons. Guglielmo Motolese n. 1 • 74121 Taranto
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250 • P.IVA 01051420733 • C.F. 90014210737
cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it



VISTO

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 30/12/14	
DATA 28 OTT. 2014	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA 28 OTT. 2014	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA 24.10.2014	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA 24.10.2014	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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunto	
DATA 22 OTT. 2014	FIRMA DEL RESPONSABILE
2.3 GEN 2015	
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA 12-02-2015	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UNITA' AA.GG. E PP.RR. verifica conferimento incarico	
Conferimento del Prot.	
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.	
DATA	FIRMA

NOTE:



ELENCO DIPENDENTI

SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

NUMERO FATTURA	369	AZIENDA	AMAT S.P.A.		
MAZZA	CIRO		MZZCRI59E29E205E	15/09/2014	
Branca	Esame			Qta	Prezzo
PSICHIATRIA	VAPSIR VALUTAZIONE PSICOLOGICA CON RELAZIONE			1	100
	Totale MAZZA	CIRO		1	100,00
Numero dipendenti	1	Totale Fattura		1	100,00



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 09.07.14 ho sottoposto alla visita medica periodica/controllo il lavoratore, MAZZA Ciro

nato il 29.5.88, per la mansione di OPERAZIONI D'ISCRIZIONE

Accertamenti eseguiti: Visita medica

Giudizio:

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

Alla mansione di OPERAZIONI D'ISCRIZIONE

Torna a controllo il 22.07.14 Dopo aver effettuato l'ispezione

il 21.07.14

Taranto, 09.07.14

Il medico competente

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

[Firma]

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 _____

Amat
 Azienda per le Mobilità nell'area di Taranto

Prot. 14594
 del 09 LUG. 2014

- | | | |
|-----|------------------------------|-------------------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| DC | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| ASP | Appalti e Contratti | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Contabilità/Bilancio | ☐ |
| URS | Esercizio / Sostit | ☐ |
| UIS | Informatica / Statistica | ☐ |
| UMT | Mantenimento / Tecnica | ☐ |
| URU | Risorse Umane | ☒ |
| URS | Relazioni Gen. PRG, SINISTRI | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| STO | Staff Organizz. | ☐ |

Consegnato al lavoratore il _____
 (data e firma)

9