

T594/16



ESERCIZIO 20 16

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 2538

S. RAFFAELLE CITTÀZZA

ACC. SANITARI

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	1.538	28/09/2016			€ 57,90

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: cinquantasette,90

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ACCERTAMENTI SANITARI DI CORRADO LUCA

PAGAMENTO FATTURE N.

211MDL/2016



IMPORTO LORDO	€	57,90
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	57,90

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 57,90	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA			
26/16	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

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: 185684538 CRO: A1026145449

DATA ORDINE: 30.09.2016

TRANSACTION ID: A102614544901030481580115800IT

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: CITTADELLA DELLA CARITA'
PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1
TARANTO

DT REG : 30.09.2016

IMPORTO: 57,90

MANDATO NUM. FATT 211MDL 2016
1538

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
 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	1.538	28/09/2016			€ 57,90

**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: cinquantasette,90

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ACCERTAMENTI SANITARI DI CORRADO LUCA

PAGAMENTO FATTURE N.
 211MDL/2016

IMPORTO LORDO	€	57,90
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	57,90

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 57,90	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA			
26/16	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Amat
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **8865**

del **13 MAG. 2016**

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. PP.RR. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐

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
211 MDL / 2016	29/04/2016

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 2016**

Dal: **1-apr-16**

Al: **29-apr-16**

N.dipendenti **1**

N.Ordine

IMPONIBILE € **57,90**

€

Totale € **57,90**

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 addebitare Vi 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.

N. RIC. _____	N. IVA 1280
DATA DI REGIST. 31/05/16	





CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Aziende per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **8165**
del **13 MAG. 2016**

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sostegno	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UMT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Generali / PP.RR. SINTESI	☐
RAG	Ufficio Regionale	☐
STQ	Staff Qualità	☐

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>
211 MDL / 2016	29/04/2016

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 2016** Dal: **1-apr-16** Al: **29-apr-16**

N.dipendenti **1**

N.Ordine

IMPONIBILE	€	57,90
	€	
Totale	€	57,90

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 addebitare Vi 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.

N. RIC. _____	N. IVA 1280
DATA DI REGISTRAZIONE 31/05/16	



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° 26 del 18/05/2016

Data scadenza pagamento 29/06/2016

DATA 02 SET. 2016 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA 02 SET. 2016 FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 31 MAG. 2016 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA 28-09-2016 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 10.06.2016 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA 10.06.2016 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:



CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

ELENCO DIPENDENTI

NUMERO FATTURA	211	AZIENDA	AMAT S.P.A.		
DI CORRADO	LUCA		DCRLCU79S17L049Q	27/04/2016	
Branca	Esame		Qta		Prezzo
CARDIOLOGIA	008952	ELETTROCARDIOGRAMMA	1		12
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090045	ALANINAAMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	1		2,8
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090092	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	1		2,8
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090141	COLESTEROLO HDL	1		3,5
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090143	COLESTEROLO TOTALE	1		2,4
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090163	CREATININA [S/U/DU/LA]	1		2,4
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090235	FOSFATASI ALCALINA	1		3
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)	090432	TRIGLICERIDI	1		4
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090443	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	1		2,8
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
OTORINOLARINGOIATRIA	095411	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	1		10
Totale	DI CORRADO	LUCA	14		57,90
Numero dipendenti	1	Totale Fattura	14		57,90

Prot. az. n° 12148 /UP

Taranto, 15/07/2016

Al dipendente
Di Corrado Luca

e p.c.

Al medico aziendale competente
Dott. Luciano Aprea
SEDE

OGGETTO: Invio a visita medica di controllo per svolgimento delle mansioni verificatore titoli di viaggio.

Si comunica che il giorno 18 luglio p.v., alle ore 9:15, la S.V. dovrà presentarsi presso la sala medica, onde il medico competente possa procedere alla prevista visita di controllo, disposta con precedente esito del 05/05/2016, ed accertare la sua idoneità allo svolgimento delle mansioni di verificatore titoli di viaggio.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni MATICHECCHIA)

Prot. az. n° 6988 /UP

Taranto, 22/04/2016

Carbelle

e p.c.

Spett.le
Cittadella della Carità
Quartiere Paolo VI
Al medico aziendale competente
Dott. Luciano Aprea
LORO SEDI

OGGETTO: Richiesta accertamenti e visita specialistica nostro dipendente Di Corrado Luca

- Si comunica che il giorno **27 aprile p.v., alle ore 9:30**, si presenterà presso il vostro Centro il nostro dipendente, Sig. Di Corrado Luca, il quale, su specifica richiesta del Dott. Luciano Aprea, nella sua qualità di Medico aziendale competente, dovrà essere sottoposto ai seguenti accertamenti:

- Emocromo, colesterolo, hdl, trigliceridi, glicemia, transaminasi, ggt, fosfatasi alcalina, creatinina, ves ed urine.

- audiometria;

- Ecg

Come richiesto dal precitato sanitario, il lavoratore in questione dovrà essere sottoposto, altresì, ad apposita visita specialistica (che sarà indicata in sede direttamente dal medico aziendale).

Le prestazioni effettuate dovranno essere successivamente fatturate all'AMAT S.p.A.

Distinti saluti.

p. r. r. r. e
Indirizzo

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matichecchia)