

7769/16



ESERCIZIO 20 16

## ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1991

L'ANCORA SERVICE

HANSEN LOAR

\_\_\_\_\_

**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         | 1.991         | 05/12/2016 |           |           | € 1.159,00         |

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

Soc.Coop.Sociale

Via EMILIA,115 (Casella Post.2278 TA/5)

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: 02590740730

CC 03.18;23.292

DICONSI EURO: millecentocinquantanove,00

PAGAMENTO:

BANCA POPOLARE DI PUGLIA EXXXX

IBAN: IT61U0538515805000000106063

**CAUSALE DEL PAGAMENTO**

DEBLATTIZZAZIONE MARGHERITA-D'AQUINO-MANUT.SU BUS"DL940KC"

PAGAMENTO FATTURE N.

213/2016 CIG XA31A9F34, 214/2016 CIG Z2A1A12E18

|                 |            |
|-----------------|------------|
| IMPORTO LORDO   | € 1.159,00 |
| TOTALE RITENUTE | € 0,00     |
| IMPORTO         | € 1.159,00 |



|                                               |                         | CASSA      | CASSA |
|-----------------------------------------------|-------------------------|------------|-------|
| <b>RISULTANZE<br/>DELLA GESTIONE DI CASSA</b> | IMPORTO LORDO           | € 1.159,00 |       |
|                                               | PREVISIONE              | € 0,00     |       |
|                                               | PROG. ORDINATIVI EMESSI | € 0,00     |       |
| ESTREMI DELIBERA                              |                         |            |       |
| 63/09                                         | 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: IT61U0538515805000000106063

NR.SCT: 200332965 CRO: A1033141637

DATA ORDINE: 09.12.2016

TRANSACTION ID: A103314163701030481580115800IT

ORDINANTE: AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TA  
VIA CESARE BATTISTI 657  
TARANTO

BANCA DEST: BANCA POP. DI PUGLIA E BASILICATA  
TARANTO  
AGENZIA 5 DI TARANTO

TA

BENEFICIARIO: L ANCORA SERVICE SOC COOP SOC

DT REG: 13.12.2016  
IMPORTO: 1.159,00

NOTE: FATT 213 CIG XA31A9F34 FATT 214 CIG  
MANDATO NUM. 1991

GRUPPO BANCARIO MONTE PASCHI SIENA - BANCA 1030.6 -GRUPPO 1030.6

# 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         | 1.991         | 05/12/2016 |           |           | € 1.159,00         |

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

**L' ANCORA SERVICE**  
 Soc.Coop.Sociale  
 Via EMILIA, 115 (Casella Post.2278 TA/5)  
 74100 TARANTO (TA)  
 Partita IVA: 02590740730  
 CC 03.18;23.292

DICONSI EURO: millecencinquantanove,00

PAGAMENTO:

BANCA POPOLARE DI PUGLIA EXXXX

IBAN: IT61U0538515805000000106063

## CAUSALE DEL PAGAMENTO

DEBLATTIZZAZIONE MARGHERITA-D'AQUINO-MANUT.SU BUS"DL940KC"

PAGAMENTO FATTURE N.

213/2016 CIG XA31A9F34, 214/2016 CIG Z2A1A12E18

|                        |   |          |
|------------------------|---|----------|
| <b>IMPORTO LORDO</b>   | € | 1.159,00 |
| <b>TOTALE RITENUTE</b> | € | 0,00     |
| <b>IMPORTO</b>         | € | 1.159,00 |

|                                               |                                | CASSA      | CASSA |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------|-------|
| <b>RISULTANZE<br/>DELLA GESTIONE DI CASSA</b> | <b>IMPORTO LORDO</b>           | € 1.159,00 |       |
|                                               | <b>PREVISIONE</b>              | € 0,00     |       |
|                                               | <b>PROG. ORDINATIVI EMESSI</b> | € 0,00     |       |
| <b>ESTREMI DELIBERA</b>                       |                                |            |       |
| 63/09                                         | <b>DISPONIBILITA'</b>          | € 0,00     |       |

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



**L'ANCORA SERVICE**  
Soc. Coop. Sociale



Nr. Reg. 2010042522

Taranto, 25/06/2016

SPETT.LE

AMAT SPA  
VIA C. BATTISTI, 657  
74121 - TARANTO  
P.I. 00146330733

**Fattura n. 213/2016**

**RIF.: Vs. ordine di lavoro nr.OACE000177 del 16/06/2016**

Vi rimettiamo fattura a seguito di ns. intervento straordinario, presso Vs. uffici siti in Via Margherita e  
e Via D'Aquino per "servizio di deblattizzazione".

**CIG: XA31A09F34**

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| IMPONIBILE            | € 500,00        |
| IVA 22%               | € 110,00        |
| <b>TOTALE FATTURA</b> | <b>€ 610,00</b> |

**Pagamento a 90 gg. d.f.**

**Condizioni di pagamento:** BONIFICO BANCARIO da eseguirsi su  
Banca Popolare di Puglia e Basilicata - Via. C. Battisti - Taranto  
IBAN: IT61 U053 8515 8050 0000 0106 063

**AMAT**  
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Pr. n. 15018  
data 28 GIU. 2016

|      |                             |                          |
|------|-----------------------------|--------------------------|
| AD   | Amministratore Delegato     | <input type="checkbox"/> |
| DA   | Direttore Generale          | <input type="checkbox"/> |
| DA   | Direttore Amministrativo    | <input type="checkbox"/> |
| DT   | Direttore Tecnico           | <input type="checkbox"/> |
| USP  | 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"/> |
| UMF  | Manutenzione / Tecnica      | <input type="checkbox"/> |
| URUP | Risorse Umane               | <input type="checkbox"/> |
| UNG  | Atti Gen. P.P.R.R. SINISTRI | <input type="checkbox"/> |
| RAG  | Ufficio Ragioneria          | <input type="checkbox"/> |
| STQ  | Staff Qualità               | <input type="checkbox"/> |

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| N. RIC. _____                   | N. IVA <u>1653</u> |
| DATA DI REGIST. <u>25/07/16</u> |                    |

Soc. Coop. Soc. L'ANCORA Service Sede Legale Via Emilia 115, 74100 Taranto C.P. 2278 TA5  
P.I. 02590740730 Tel. 0997373330 Fax 0994000324 e-mail [coop.ancora@libero.it](mailto:coop.ancora@libero.it) [lancoraservice@legalmail.it](mailto:lancoraservice@legalmail.it)  
sito internet [www.ancoraservice.net](http://www.ancoraservice.net) Iscrizione Albo Società Cooperative Nr. A172166  
Sezione: Cooperative a Mutualità Prevalente di Diritto



**L'ANCORA SERVICE**  
Soc. Coop. Sociale



**Intertek**  
Nr. Reg. 2010042522

Taranto, 25/06/2016

SPETT.LE

AMAT SPA  
VIA C. BATTISTI, 657  
74121 - TARANTO  
P.I. 00146330733

Fattura n. 213/2016

RIF.: Vs. ordine di lavoro nr.OACE000177 del 16/06/2016

Vi rimettiamo fattura a seguito di ns. intervento straordinario, presso Vs. uffici siti in Via Margherita e  
e Via D'Aquino per "servizio di deblattizzazione".

CIG: XA31A09F34

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| IMPONIBILE            | € 500,00        |
| IVA 22%               | € 110,00        |
| <b>TOTALE FATTURA</b> | <b>€ 610,00</b> |

Pagamento a 90 gg. d.f.

Condizioni di pagamento: BONIFICO BANCARIO da eseguirsi su  
Banca Popolare di Puglia e Basilicata - Via. C. Battisti - Taranto  
IBAN: IT61 U053 8515 8050 0000 0106 063

~~AMAT~~  
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto  
Prot. n. 1150/8  
28 GIU. 2016  
AD Amm. Delegato ☐  
DG Direttore Generale ☐  
DA Direttore Amministrativo ☐  
DT Direttore Tecnico ☐  
UAP Appalti / Contratti ☐  
UCM Commerciale / Marketing ☐  
UCB Contabilità Bilancio ☐  
UES Esercizio / Sesta ☐  
UIS Informatica / Statistica ☐  
UMT Manutenzione / Tecnica ☐  
URUP Risorse Umane ☐  
UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐  
RAG Ufficio Ragioneria ☐  
STQ Staff Qualità ☐

|                           |             |
|---------------------------|-------------|
| N. RIC. _____             | N. IVA 1653 |
| DATA DI REGISTR. 25/07/16 |             |

Soc. Coop. Soc. L'ANCORA Service Sede Legale Via Emilia 115, 74100 Taranto C.P. 2278 TAS  
P.I. 02590740730 Tel. 0997373330 Fax 0994000324 e-mail [coop.ancora@libero.it](mailto:coop.ancora@libero.it) [lancoraservice@legalmail.it](mailto:lancoraservice@legalmail.it)  
sito internet [www.ancoraservice.net](http://www.ancoraservice.net) Iscrizione Albo Società Cooperative Nr. A172166  
Sezione: Coöperative a Mutualità Prevalente di Diritto

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>verifica condizione, ordine e contratto |                                               |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Contr. Rep. n°                                                          | del                                           |
| Conv. n°                                                                | del                                           |
| Determ. A.D. n°                                                         | del                                           |
| Delib. C.A. n°                                                          | 63 del 09 - AR. 13                            |
| Data scadenza pagamento                                                 |                                               |
| 16/08/2016                                                              |                                               |
| DATA                                                                    | IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione |
| 03 AGO. 2016                                                            |                                               |
| DATA                                                                    | FIRMA                                         |
| 16/08/2016                                                              |                                               |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura                 |                        |
| data scadenza di pagamento presunta                         |                        |
| DATA                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| 01 AGO. 2016                                                |                        |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                        |
| DATA                                                        | FIRMA                  |
| 06-12-2016                                                  |                        |

| IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA<br>verifica dati tecnici |       |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| Data scadenza pagamento                                        |       |
| DATA                                                           | FIRMA |
|                                                                |       |

| UNITA' AA.GG. E PP.RR.<br>verifica conferimento incarico |       |
|----------------------------------------------------------|-------|
| Conferimento del ..... Prot. ....                        |       |
| IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.                           |       |
| DATA                                                     | FIRMA |
|                                                          |       |

| UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                        |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                                      |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA                  |
|                                                                              |                        |

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                        |
| DATA                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
|                                                                             |                        |

| UFFICIO TECNICO<br>verifica perfetta esecuzione lavori |                        |
|--------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                |                        |
| DATA                                                   | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA<br>per supervisione     |                        |
| DATA                                                   | FIRMA DEL RESPONSABILE |
|                                                        |                        |

NOTE:



**L'ANCORA SERVICE**  
Soc. Coop. Sociale



Intertek  
Nr. Reg. 2016042522

SI RICHIEDE RAPPORTINO DEL SERVIZIO  
O UN'ATTESTAZIONE.

Taranto, 25/06/2016

SPETT.LE

AMAT SPA  
VIA C. BATTISTI, 657  
74121 - TARANTO  
P.I. 00148390733

Fattura n. 212/2016

RIF.: Vs. ordine di lavoro nr. OACE000177 del 16/06/2016

Vi rimettiamo fattura a seguito di ns. intervento straordinario, presso Vs. uffici siti in Via Margherita e  
e Via D'Aquina per "servizio di deblattizzazione".

CIG: XAS1A09F34

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| IMPONIBILE            | € 500,00        |
| IVA 22%               | € 110,00        |
| <b>TOTALE FATTURA</b> | <b>€ 610,00</b> |

Pagamento a 90 gg. d.f.

Condizioni di pagamento: BONIFICO BANCARIO da eseguirsi su  
Banca Popolare di Puglia e Basilicata - Via. C. Battisti - Taranto  
IBAN: IT61 0053 8515 8030 0000 0108 063

**AMAT**  
Albo per la mobilità portuali di Taranto  
Prot. n. 13048  
n. 28 GIU. 2016  
AD Amaro Delegato  
CA Amaro Generale  
CA Direttore Amministrativo  
CA Direttore Tecnico  
CA Appalti / Contratti  
CA Commerciale / Marketing  
CA Contabilità Generale  
CA Espressivo / Scelta  
CA Informatico / Statistica  
CA Manutenzione / Tecnica  
CA Risorse Umane  
CA Manti Gen. PP.PP. SINISTRI  
CA Ufficio Ragioneria  
CA 685 Quarta

|                                       |                    |
|---------------------------------------|--------------------|
| N. RIC.                               | N. IVA <u>1653</u> |
| DATA DI REGISTRAZIONE <u>25/07/16</u> |                    |

17/06/2016

|                             |                                           |               |                      |
|-----------------------------|-------------------------------------------|---------------|----------------------|
| <b>L'ANCORA<br/>SERVICE</b> | <b>DOCUMENTO DI<br/>ESECUZIONE LAVORO</b> | MOD.<br>13.38 | REV. 0<br>11.12.2006 |
|-----------------------------|-------------------------------------------|---------------|----------------------|

Cliente: AMAT  
Indirizzo: VIA MARGHERITA  
Città: TARANTO

Alle Ore: 13,30

Nel Luoghi: \_\_\_\_\_

Sono stati eseguiti i seguenti servizi:

☐ Derattizzazione

☒ Disinfestazione

☐ Disinfezione

Dati identificativi del biocida impiegato:

☐ Derattizzante: \_\_\_\_\_ \*P.M.C. n° \_\_\_\_\_

☐ Disinfestante: \_\_\_\_\_ \*P.M.C. n° \_\_\_\_\_

☐ Disinfettante: \_\_\_\_\_ \*P.M.C. n° \_\_\_\_\_

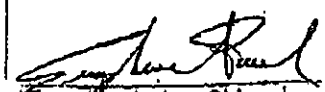
Posizionate n° \_\_\_\_\_ Stazioni di monitoraggio

Posizionati n° \_\_\_\_\_ Cartelli di avviso

Controllate n° \_\_\_\_\_ Stazioni di monitoraggio

Prescrizioni per il Cliente: \_\_\_\_\_

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

|                                                                                                                                   |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Il Cliente<br><br>Presidente Medico Chirurgico | L'operatore<br> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

# L'ANCORA SERVICE

## PRESCRIZIONI PER IL CLIENTE

 MOD.  
13.40

 REV. 0  
11.12.2006

☐ **Disinfestazione aree esterne**

1. L'insetticida impiegato può essere tossico per ingestione, contatto o inalazione.
2. Il Cliente è tenuto a preavvisare tutti i frequentatori dei luoghi dell'orario di esecuzione dell'intervento.
3. durante il trattamento e per circa le due ore successive all'ultimazione dello stesso, tutte le finestre e porte che affacciano sull'area da trattare devono rimanere chiuse e non devono sostare nelle aree persone e/o animali.
4. Evitare per i primi tre giorni successivi al trattamento di far giocare i bambini nelle aree oggetto del trattamento e proibire per i primi venti giorni successivi di raccogliere frutta, verdura commestibile e fiori.
5. Nel caso in cui siano state accidentalmente disinfestate derrate alimentari dimenticate all'aperto, le stesse devono essere tassativamente distrutte e non consumate.
6. La custodia delle aree trattate è affidata al Cliente, per cui questa Ditta declina qualsiasi responsabilità conseguente ad una non attenta custodia dei medesimi luoghi ed al mancato rispetto delle presenti prescrizioni.
7. Attenersi a tutte le prescrizioni riportate sulla Scheda di Sicurezza del prodotto utilizzato.
8. Con la sottoscrizione delle presenti prescrizioni, il Cliente dichiara di averle lette ed accettate.

IL CLIENTE

☒ **Disinfestazione aree interne**

1. L'insetticida impiegato può essere tossico per ingestione, contatto o inalazione.
2. I Locali non sono accessibili per almeno \_\_\_ ore successive al trattamento.
3. L'accesso ai locali trattati è consentito solo a persone munite di tuta protettiva, di maschere dotate di appositi filtri per vapori organici, di occhiali protettivi e guanti in gomma.
4. Prima di soggiornare nei luoghi trattati è indispensabile arieggiare bene i locali ed eliminare tramite accurato lavaggio i residui tossici dell'insetticida utilizzato dalle superfici oggetto del trattamento.
5. Nel caso in cui siano state accidentalmente disinfestate derrate alimentari presenti nei locali, le stesse devono essere tassativamente distrutte e non consumate.
6. La custodia delle aree trattate è affidata al Cliente, per cui questa Ditta declina qualsiasi responsabilità conseguente ad una non attenta custodia dei medesimi luoghi ed al mancato rispetto delle presenti prescrizioni.
7. Attenersi a tutte le prescrizioni riportate sulla Scheda di Sicurezza del prodotto utilizzato.
8. Con la sottoscrizione delle presenti prescrizioni, il Cliente dichiara di averle lette ed accettate.

IL CLIENTE

☒ **Disinfezione**

1. Il disinfettante impiegato può essere tossico per ingestione, contatto o inalazione.
2. I Locali non sono accessibili per almeno \_\_\_ ore successive al trattamento.
3. L'accesso ai locali trattati è consentito solo a persone munite di maschere dotate di appositi filtri per vapori organici e di occhiali protettivi.
4. Prima di soggiornare nei locali eseguire un accurato arieggiamento ed un lavaggio con acqua, di tutte le superfici trattate.
5. La custodia dei luoghi disinfestati è a cura del Cliente, per cui questa Ditta declina qualsiasi responsabilità conseguente ad una non attenta custodia dei medesimi luoghi ed al mancato rispetto delle presenti prescrizioni.
6. Attenersi a tutte le prescrizioni riportate sulla Scheda di Sicurezza del prodotto utilizzato.
7. Con la sottoscrizione delle presenti prescrizioni, il Cliente dichiara di averle lette ed accettate.

IL CLIENTE

☐ **Derattizzazione**

1. Il rodenticida impiegato può essere tossico per ingestione, contatto o inalazione.
2. E' vietato toccare e/o manomettere e/o asportare gli erogatori d'oca rodenticida.
3. E' vietato toccare le sacche con le mani.
4. Qualora si dovesse trovare un erogatore aperto e/o manomesso, avvisare la Ditta per il ripristino.
5. La custodia dei luoghi sottoposti al trattamento è a cura del Cliente, per cui questa Ditta declina qualsiasi responsabilità conseguente ad una non attenta custodia dei medesimi luoghi ed al mancato rispetto delle presenti prescrizioni.
6. E' onere del Cliente informare i frequentatori delle aree circa il servizio in atto nelle stesse.
7. Attenersi a tutte le prescrizioni riportate sulla Scheda di Sicurezza del prodotto utilizzato.
8. Con la sottoscrizione delle presenti prescrizioni, il Cliente dichiara di averle lette ed accettate.

IL CLIENTE

DATA DI CONSEGNA - ALLE 13:00 DEL 17-06-2016

18/6/2016

|                             |                                           |                       |                              |
|-----------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| <b>L'ANCORA<br/>SERVICE</b> | <b>DOCUMENTO DI<br/>ESECUZIONE LAVORO</b> | <b>MOD.<br/>13.38</b> | <b>REV. 0<br/>11.12.2006</b> |
|-----------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|

Cliente: AMAT  
 Indirizzo: PLAZZETTA  
 Città: TARANTO

Alle Ore: 20.30  
 Nei Luoghi: UFFICI - BARNI - SALA D'ATESA -

Sono stati eseguiti i seguenti servizi:

☐ Derattizzazione

☒ Disinfestazione

☐ Disinfezione

Dati identificativi del biocida impiegato:

☐ Derattizzante: \_\_\_\_\_ "P.M.C. n° \_\_\_\_\_

☒ Disinfestante: COPYR "P.M.C. n° \_\_\_\_\_

☐ Disinfettante: \_\_\_\_\_ "P.M.C. n° \_\_\_\_\_

Posizionate n° \_\_\_\_\_ Stazioni di monitoraggio

Posizionati n° \_\_\_\_\_ Cartelli di avviso

Controllate n° \_\_\_\_\_ Stazioni di monitoraggio

Prescrizioni per il Cliente:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|                                                                     |                                       |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Il Cliente<br><u>Petrilli Angelo</u><br>*Presidio Medico Chirurgico | L'operatore<br><u>Petrilli Angelo</u> |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|

# L'ANCORA SERVICE

## PRESCRIZIONI PER IL CLIENTE

MOD.  
13.40

REV. 0  
11.12.2006

### ☐ Disinfestazione aree esterne

1. L'insetticida impiegato può essere tossico per ingestione, contatto o inalazione.
2. Il Cliente è tenuto a prescrivere tutti i frequentatori dei luoghi dell'orario di esecuzione dell'intervento.
3. Durante il trattamento e per circa le due ore successive all'ulimazione dello stesso, tutte le finestre e porte che affacciano sull'area da trattare devono rimanere chiuse e non devono sostare nelle aree portone e/o animali.
4. Evitare per i primi tre giorni successivi al trattamento di far giocare i bambini nelle aree oggetto del trattamento e proibire per i primi venti giorni successivi di raccogliere frutta, verdura commestibile e fiori.
5. Nel caso in cui siano state accidentalmente disinfestate derrate alimentari dimenticate all'aperto, le stesse devono essere tassativamente distrutte e non consumate.
6. La custodia delle aree trattate è affidata al Cliente, per cui questa Ditta declina qualsiasi responsabilità conseguente ad una non attenta custodia dei medesimi luoghi ed al mancato rispetto delle presenti prescrizioni.
7. Attenersi a tutte le prescrizioni riportate sulla Scheda di Sicurezza del prodotto utilizzato.
8. Con la sottoscrizione delle presenti prescrizioni, il Cliente dichiara di averle lette ed accettate.

IL CLIENTE

### ☒ Disinfestazione aree interne

1. L'insetticida impiegato può essere tossico per ingestione, contatto o inalazione.
2. I Locali non sono accessibili per almeno \_\_\_ ore successive al trattamento.
3. L'accesso ai locali trattati è consentito solo a persone munite di tale protettiva, di maschere dotate di appositi filtri per vapori organici, di occhiali protettivi e guanti in gomma.
4. Prima di soggiornare nei luoghi trattati è indispensabile aeraggiare bene i locali ed eliminare tramite accurato lavaggio i residui tossici dell'insetticida utilizzato dalle superfici oggetto del trattamento.
5. Nel caso in cui siano state accidentalmente disinfestate derrate alimentari presenti nei locali, le stesse devono essere tassativamente distrutte e non consumate.
6. La custodia delle aree trattate è affidata al Cliente, per cui questa Ditta declina qualsiasi responsabilità conseguente ad una non attenta custodia dei medesimi luoghi ed al mancato rispetto delle presenti prescrizioni.
7. Attenersi a tutte le prescrizioni riportate sulla Scheda di Sicurezza del prodotto utilizzato.
8. Con la sottoscrizione delle presenti prescrizioni, il Cliente dichiara di averle lette ed accettate.

IL CLIENTE

*Roberto Angelo*

### ☐ Disinfestazione

1. Il disinfestante impiegato può essere tossico per ingestione, contatto o inalazione.
2. I Locali non sono accessibili per almeno \_\_\_ ore successive al trattamento.
3. L'accesso ai locali trattati è consentito solo a persone munite di maschere dotate di appositi filtri per vapori organici e di occhiali protettivi.
4. Prima di soggiornare nei locali eseguire un accurato aeraggiamento ed un lavaggio con acqua, di tutte le superfici trattate.
5. La custodia dei luoghi disinfestati è a cura del Cliente, per cui questa Ditta declina qualsiasi responsabilità conseguente ad una non attenta custodia dei medesimi luoghi ed al mancato rispetto delle presenti prescrizioni.
6. Attenersi a tutte le prescrizioni riportate sulla Scheda di Sicurezza del prodotto utilizzato.
7. Con la sottoscrizione delle presenti prescrizioni, il Cliente dichiara di averle lette ed accettate.

IL CLIENTE

### ☐ Derattizzazione

1. Il rodenticida impiegato può essere tossico per ingestione, contatto o inalazione.
2. E' vietato toccare e/o manipolare e/o asportare gli erogatori d'eccezione rodenticida.
3. E' vietato toccare le aree con le mani.
4. Qualora si dovesse trovare un erogatore sparso e/o mancante, avvisare la Ditta per il ripristino.
5. La custodia dei luoghi sottoposti al trattamento è a cura del Cliente, per cui questa Ditta declina qualsiasi responsabilità conseguente ad una non attenta custodia dei medesimi luoghi ed al mancato rispetto delle presenti prescrizioni.
6. E' onere del Cliente informare i frequentatori delle aree circa il servizio in atto nelle stesse.
7. Attenersi a tutte le prescrizioni riportate sulla Scheda di Sicurezza del prodotto utilizzato.
8. Con la sottoscrizione delle presenti prescrizioni, il Cliente dichiara di averle lette ed accettate.

IL CLIENTE

**CARATTERISTICHE**  
Il PERTININ® è un concentrato inattossico inodore e non infiammabile, da diluire in acqua prima dell'applicazione ed è efficace contro tutti gli insetti degli ambienti domestici, civili ed industriali (escluso le industrie alimentari). Il PERTININ® è dotato sia di effetto residuo conferito dalla Permethrina, sia di effetto abbatte-insetti e sgradevole conferito dalla Tetrametrina, sinergizzato con Piperoni Butoossido.

**INSETTICIDA LIQUIDO CONCENTRATO IN FASE ACQUOSA  
AD AZIONE ABBATTENTE E RESIDUALE - USO CIVILE E INDUSTRIALE**



0007914001873

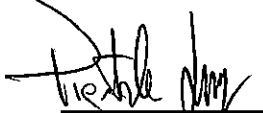
1.65

|                                                                                                                                                        |                                                                                |                                                                             |                                  |                                                                                                                                                                                          |                            |                 |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Azienda Mobilità Area Taranto SpA</b><br><b>Via Cesare Battisti, 657</b><br><b>74100 Taranto</b><br><b>Codice Fiscale e Partita Iva 00146330733</b> |                                                                                |                                                                             |                                  | <b>L' ANCORA SERVICE</b><br><b>Soc.Coop.Sociale</b><br><b>Via EMILIA,115 (Casella Post.2278 TA/5)</b><br><b>74100 TARANTO TA</b><br><b>Fax: 099 400 03 24</b><br><b>P.I. 02590740730</b> |                            |                 |                       |
| <b>Ordine</b>                                                                                                                                          | <b>Contratto Art 13 c. 2.1 Regolamento</b><br><b>Prov. Aut. Delibera 63/09</b> | <b>Data Doc.</b><br>16/06/2016                                              | <b>Numero Doc.</b><br>OACE000177 | <b>Pag.</b><br>1                                                                                                                                                                         |                            |                 |                       |
| <b>Causale: AS@ Acquisti scorte</b>                                                                                                                    |                                                                                |                                                                             |                                  |                                                                                                                                                                                          | <b>Termini di consegna</b> |                 |                       |
| <b>Commento:</b>                                                                                                                                       |                                                                                |                                                                             |                                  |                                                                                                                                                                                          |                            |                 |                       |
| <b>Indirizzo Spedizione: SEDE</b>                                                                                                                      |                                                                                |                                                                             |                                  |                                                                                                                                                                                          |                            |                 |                       |
| <b>Trasporto a cura del:</b>                                                                                                                           |                                                                                |                                                                             |                                  |                                                                                                                                                                                          |                            |                 |                       |
| <b>CIG: XA31A09F34</b>                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                             |                                  |                                                                                                                                                                                          |                            |                 |                       |
| <b>Pagamento: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI</b>                                                                                                            |                                                                                |                                                                             |                                  |                                                                                                                                                                                          |                            |                 |                       |
| <b>Cod. Articolo</b>                                                                                                                                   | <b>Id Cat.</b>                                                                 | <b>Descrizione</b>                                                          | <b>U.M.</b>                      | <b>Quantità</b>                                                                                                                                                                          | <b>Valore (€)</b>          | <b>Sconto %</b> | <b>Imponibile (€)</b> |
| 0030                                                                                                                                                   |                                                                                | Lavori disinfestazione c/o U.P.T.<br>rif. Vs. prev. 106/2016 del 16/06/2016 |                                  | 1                                                                                                                                                                                        | 500,0000                   |                 | 500,00                |
|                                                                                                                                                        |                                                                                |                                                                             |                                  |                                                                                                                                                                                          |                            |                 |                       |

I materiali ord.ti dovranno essere consegnati franco Ns. magazzino sito in via C. Battisti 657 TARANTO dalle 9.00 alle 13.00.  
 Il pagamento sarà effettuato a 90 gg. data fattura. L'A.M.A.T. non riconosce ai propri fornitori interessi per ritardi pagam. Eventuali richieste in tal senso potranno essere soddisfatte solo previa messa in mora da parte del creditore e con l'applicazione del tasso di interesse legale; non saranno pertanto applicabili né i termini di decorrenza, né la misura degli interessi stabiliti dal D.lgs. 231/2002.  
 Le condizioni della fornitura sono quelle indicate nel presente documento e ogni altra eventuale clausola contenuta nella modulistica predisposta dai fornitori (copie commissioni ecc.) non è operante nei confronti dell'A.M.A.T.

| IVA | Descrizione        | Aliquota | Imponibile    | Imposta  | Totale   |
|-----|--------------------|----------|---------------|----------|----------|
| 022 | ALIQUOTA ORDINARIA |          | € 500,00      | € 110,00 | € 610,00 |
|     |                    |          | <b>Totali</b> | € 500,00 | € 610,00 |

Firme

  
 Il compilatore

  
 Resp. unità A.C.

  
 Direttore Tecnico

  
 Direttore Generale

  
 PRESIDENTE

TARANTO, 25/06/2016

Spett.le  
AMAT S.P.A.  
VIA C. BATTISTI, 657  
74121 TARANTO  
P.I. 00146330733

FATTURA N. 214/2016

Riferimento Vs. Ordine di lavoro Prot. Nr. 9130/UT del 28/05/2016

Riferimento ns. D.D.T. nr. 65/2016 del 09/06/2016 di resa per lavori effettuati.

**DESCRIZIONE**

RIPARAZIONE E VERNICIATURA N.3 DI CARROZZERIA BUS TARGATO DL940KC  
C.I.G. Z2A1A12E18

*Amat*  
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto  
Prot. n. *150/9*  
del *28 GIU. 2016*

|     |                             |                          |
|-----|-----------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| URG | Affari Gen. PR.RR. SINISTR. | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Ufficio Ragioneria          | <input type="checkbox"/> |
| STQ | Staff Qualità               | <input type="checkbox"/> |

|                       |          |               |
|-----------------------|----------|---------------|
| IMPONIBILE            | €        | 450,00        |
| IVA 22 %              | €        | 99,00         |
| <b>TOTALE FATTURA</b> | <b>€</b> | <b>549,00</b> |

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| N. RIC. _____                   | N. IVA <i>1652</i> |
| DATA DI REGIST. <i>25/07/16</i> |                    |

Pagamento da effettuarsi a 60 gg dalla data di emissione della fattura su:

**BANCA POPOLARE DI PUGLIA E BASILICATA - AG. 5**  
VIA C. BATTISTI 157 - 74100 TARANTO  
IBAN: IT61 053 8515 8050 0000 0106 063

**ANCORA SERVICE**  
Coop. Sociale



**Intertek**  
Nr. Reg. 2010042522

676

TARANTO, 25/06/2016

Spett.le  
AMAT S.P.A.  
VIA C. BATTISTI, 657  
74121 TARANTO  
P.I. 00146330733

N. 214/2016

ento Vs. Ordine di lavoro Prot. Nr. 9130/UT del 28/05/2016

i. D.D.T. nr. 65/2016 del 09/06/2016 di resa per lavori effettuati.

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

Prot. A. 130/9  
del 28 GIU. 2016

|     |                               |                          |
|-----|-------------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato       | <input type="checkbox"/> |
| DS  | Direttore Generale            | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo      | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico             | <input type="checkbox"/> |
| APP | Appalti / Contratti           | <input type="checkbox"/> |
| CM  | Commerciale / Marketing       | <input type="checkbox"/> |
| CD  | Contabilità Bilancio          | <input type="checkbox"/> |
| ES  | Esercizio / Sosta             | <input type="checkbox"/> |
| IS  | Informatica / Statistica      | <input type="checkbox"/> |
| MT  | Manutenzione / Tecnica        | <input type="checkbox"/> |
| UR  | Risorse Umane                 | <input type="checkbox"/> |
| SC  | Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRI | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Ufficio Ragioneria            | <input type="checkbox"/> |
| STQ | Stati Quantità                | <input type="checkbox"/> |

E VERNICIATURA N.3 DI CARROZZERIA BUS TARGATO DL940KC  
2E18

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| IMPONIBILE            | € 450,00        |
| IVA 22 %              | € 99,00         |
| <b>TOTALE FATTURA</b> | <b>€ 549,00</b> |

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| N. RIC. _____                   | N. IVA <u>1652</u> |
| DATA DI REGIST. <u>25/07/16</u> |                    |

effettuarsi a 60 gg dalla data di emissione della fattura su:

GLARE DI PUGLIA E BASILICATA - AG. 5

STI 157 - 74100 TARANTO

753 8515 8050 0000 0106 063

Coop. Soc. L'ANCORA Service Sede Legale Via Emilia 115, 74100 Taranto  
Tel. 0997373330 Fax 0994000324 e-mail [coop.ancora@libero.it](mailto:coop.ancora@libero.it) [ancoraservice@legalmail.it](mailto:ancoraservice@legalmail.it)  
[www.ancoraservice.net](http://www.ancoraservice.net) Iscrizione Albo Società Cooperative Nr. A172166  
Sezione: Cooperative a Mutualità Prevalente di Diritto

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>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<br>per supervisione                           |                        |
| DATA                                                                    | FIRMA                  |

| UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                        |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                                      |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA                  |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura                 |                        |
| data scadenza di pagamento presunta                         |                        |
| DATA<br>01 AGO 2016                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                        |
| DATA<br>06-12-2016                                          | FIRMA                  |

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                        |
| DATA                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |

| IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA<br>verifica dati tecnici |       |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| Data scadenza pagamento                                        |       |
| DATA                                                           | FIRMA |

| UFFICIO TECNICO<br>verifica perfetta esecuzione lavori |                        |
|--------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                |                        |
| DATA                                                   | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA<br>per supervisione     |                        |
| DATA<br>10/8/16                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |

| UNITA' AA.GG. E PP.RR.<br>verifica conferimento incarico |       |
|----------------------------------------------------------|-------|
| Conferimento del ..... Prot. ....                        |       |
| IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.                           |       |
| DATA                                                     | FIRMA |

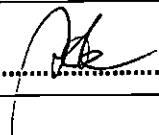
NOTE:

## AREA TECNICA – GRIGLIA DI CONTROLLO DELLE FATTURE

N° FATTURA: 214 DEL 25/06/16 – DITTA: L'ANCORA – BUS: 676

INTERVENTO DI: VERNICIATURA N° 3 PEZZI DI CARROZZERIA

IMPORTO FATTURA: € 450,00

| DOCUMENTAZIONE:                                                                                                                                                                                                                                          | SI/NO | importo €     | Prot. | data       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|-------|------------|
| 1. <b>Ordine di esecuzione dei lavori</b> " (punto V della procedura)                                                                                                                                                                                    | SI    | 450,00        | 9130  | 25/0816 ✓  |
| 2. <b>"Verbale di collaudo"</b> , redatto e sottoscritto con le modalità descritte al punto VI della procedura, con accluso DDT di trasporto nei casi di restituzione dei ricambi sostituiti (il cui elenco è riportato anche nella SEZ n. 2 del Verbale | NO    | NON RICHIESTO |       |            |
| 3. Elenco ricambi AMAT consegnati al fornitore                                                                                                                                                                                                           | NO    |               |       |            |
| 4. D.D.T. redatto da AMAT di trasferimento del bus presso al sede del riparatore                                                                                                                                                                         | SI    |               | 285   | 15/05/16 ✓ |
| 5. D.D.T. redatto dalla ditta che ha eseguito l'intervento, di trasferimento del bus presso la sede AMAT                                                                                                                                                 | SI    |               | 61    | 31/05/16 ✓ |
| 6. D.D.T. redatto dalla ditta dei ricambi di risulta                                                                                                                                                                                                     | NO    |               |       |            |
| 7. <b>"Verbale di verifica dei requisiti contrattuali"</b> (in caso di montaggio o fornitura di MOTORE REVISIONATO)                                                                                                                                      | NON   | PREVISTO      |       |            |
| 8. <b>"Rapporto di verifica"</b> ("Allegato n. 3" della procedura                                                                                                                                                                                        | NO    |               |       |            |
| 9. copia della Richiesta di preventivo (punto 1 della procedura)                                                                                                                                                                                         | NO    |               |       |            |
| 10. copia del preventivo inviato dal fornitore (punto III della procedura)                                                                                                                                                                               | SI    |               | 9059  | 27/05/16 ✓ |
| 11. Altro:                                                                                                                                                                                                                                               |       |               |       |            |
| Controllo eseguito da: <u>ROTA</u> data: <u>09/08/16</u> - firma.....                                                                                                 |       |               |       |            |
| NOTE:                                                                                                                                                                                                                                                    |       |               |       |            |
| Il Capo unità ing. PELLICORO: data <u>10/08/16</u> - firma.....                                                                                                     |       |               |       |            |

Prot. 9130/UT

Taranto li 28.05.2016

Lavoro n. 208/P 2015

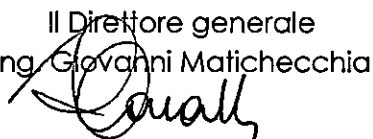
Spett.le  
L' ANCORA SERVICE  
Via Emilia, 115  
74121 TARANTO  
**Fax 099 4000324**

**OGGETTO: bus 676 - PEZZI SCIOLTI DI CARROZZERIA (N°3) - Ordine di esecuzione dei lavori di  
RIPARAZIONE E VERNICIATURA.  
CIG Z2A1A12E18**

In relazione al vs. preventivo n. 95/16 del 27.05.2016 dell' importo complessivo di € 450,00 + IVA (assunto al protocollo aziendale n° 9059 del 27.05.2016) riferito ai lavori descritti in oggetto, si emette ordine per un importo di € € 450,00 + IVA.

Si precisa che il pagamento sarà effettuato a 60 gg. dalla data di emissione della fattura.

Il Direttore generale  
Ing. Giovanni Matichecchia



# DOCUMENTO DI TRASPORTO

**(D.d.t.)** D.P.R. 472 del 14.08.1996 - D.P.R. 696 del 21.12.1996

Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto SpA  
74121 TARANTO - Via Cesare Battisti, 657  
Tel. 099.73561 - Fax 099.7794247  
Partita Iva 00146330733

N. 283 del 23 03 2016

**a mezzo:**

 **vettore**

cedente

☐ cessionario

**CESSIONARIO:** Ditta, Dipendenza, Domicilio o Residenza, Partita IVA

LUOGO DI DESTINAZIONE (se diverso dall'indirizzo del cessionario) E VARIAZIONI

DISA ANCOA

VIA EMILIO, MS

1054

### CAUSALE DEL TRASPORTO

VS. ORD. N.

**DEL**

☐ in conto

☐ a saldo

CAUSALE DEL TRASPORTO  
C/O IPUCH N BUS

**QUANTITA**

**DESCRIZIONE DEI BENI (natura e qualità)**

**IMPORTO** 

3

FEIN IN CARROTHERID BUS  
TAFELIO DE 940 KC FER  
ERLATIONE E UERN, UALURA

### ASPETTO ESTERIORE DEI BENI

N. COLL

PESO KG

PORTO

**TOTALE €****VEETTORE:** Ditta, Domicilio o Residenza**DATA E ORA DEL RITIRO**

FIRME

**Consegna o inizio trasporto a mezzo**

cedente  
cessionario

DATA ←

ORA

FIRMA DEL CONDUCENTE

## ANNOTAZIONI - VARIANTE

NUMERO PROGRESSIVO

ESSENTIAL DICTIONARY

### **ATTENZIONE:**

I fogli di questo bollettario sono in carta chimica autocalcante.

Per non produrre involontarie trascrizioni, si prega di compilare le dichiarazioni sottostanti «a foglio singolo» e non a ricalco.

## **DICHIARAZIONI**

ai sensi dell'art. 39 della Legge 298/1974, dell'art. 1 del D.M. 13.4.79 e della Legge 132/1987

### **A) TRASPORTO DI COSE IN CONTO PROPRIO PER UN PESO COMPLESSIVO A PIENO CARICO SUPERIORE A KG 3.500**

Il sottoscritto, titolare di licenza all'autotrasporto di cose in conto proprio n. \_\_\_\_\_,  
dichiara che le seguenti cose sono (\*):

- |                                                      |                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> di sua proprietà;           | <input type="checkbox"/> da esso elaborate, trasformate, riparate o simili;                                                                  |
| <input type="checkbox"/> da esso prodotte o vendute; | <input type="checkbox"/> tenute in deposito in relazione al contratto di deposito o<br>ad un contratto di mandato ad acquistare o a vendere. |
| <input type="checkbox"/> prese in comodato;          |                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> prese in locazione;         |                                                                                                                                              |

Firma leggibile del titolare  
(o del suo legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

### **B) TRASPORTO OCCASIONALE DI COSE IN CONTO PROPRIO PER UN PESO COMPLESSIVO A PIENO CARICO SUPERIORE A KG 3.500**

Il sottoscritto, titolare di licenza all'autotrasporto di cose in conto proprio n. \_\_\_\_\_,  
dichiara che le seguenti cose sono (\*):

- ☐ di sua proprietà;      ☐ prese in comodato;      ☐ prese in locazione,

e costituiscono trasporto occasionale per le seguenti esigenze: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma leggibile del titolare  
(o del suo legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

(\*) Dichiarare l'ipotesi o le ipotesi che ricorrono.

N.B. - La dichiarazione B) va fatta anche nel caso che il trasporto, oltre che essere occasionale, comprende cose che rientrano fra quelle previste nella licenza e va quindi aggiunta a quella di cui alla lettera A).

**"L'ANCORA Service"**  
Soc. Coop. Sociale  
Sede Legale: Via Emilia, 115  
Tel. 0997373330 Fax 099400324  
CASELLA POSTALE 2278 Ta6  
Albo Società Cooperative N° A17218B  
PARTITA IVA 02690740730

D.P.R. 472 del 14.08.1996 - D.P.R. 696 del 21.12.1996

N. 61/2016 Data 31.05.2016

a mezzo: ☒ cedente ☐ cessionario ☐ vettore

"AKAT" spc  
Via C. Battisti 657.  
TARANTO

idem

Rest<sup>ne</sup> c<sup>to</sup> Lavorazione

DATA

☐ in ante

☐ a saldo

|                          |                        |                      |
|--------------------------|------------------------|----------------------|
| ANNOTAZIONI - VARIAZIONI | NUMERO PROGRESSIVO (2) | FIRMA DEL CESSANARIO |
|--------------------------|------------------------|----------------------|

**ATTENZIONE:**

I fogli di questo bollettario sono in carta chimica autoricalcante.

Per non produrre involontarie trascrizioni, si prega di compilare le dichiarazioni sottostanti «a foglio singolo» e non a ricalco.

**DICHIARAZIONI**

ai sensi dell'art. 39 della Legge 298/1974, dell'art. 1 del D.M. 13.4.79 e della Legge 132/1987

**A) TRASPORTO DI COSE IN CONTO PROPRIO  
PER UN PESO COMPLESSIVO A PIENO CARICO SUPERIORE A KG. 3.500**

Il sottoscritto, titolare di licenza all'autotrasporto di cose in conto proprio n. \_\_\_\_\_,  
dichiara che le seguenti cose sono (\*):

- |                                                      |                                                                                     |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> di sua proprietà;           | <input type="checkbox"/> da esso elaborate, trasformate, riparate o simili;         |
| <input type="checkbox"/> da esso prodotte o vendute; | <input type="checkbox"/> tenute in deposito in relazione al contratto di deposito o |
| <input type="checkbox"/> prese in comodato;          | ad un contratto di mandato ad acquistare o a vendere;                               |
| <input type="checkbox"/> prese in locazione;         |                                                                                     |

Firma leggibile del titolare  
(o del suo legale rappresentante)

**B) TRASPORTO OCCASIONALE DI COSE IN CONTO PROPRIO  
PER UN PESO COMPLESSIVO A PIENO CARICO SUPERIORE A KG. 3.500**

Il sottoscritto, titolare di licenza all'autotrasporto di cose in conto proprio n. \_\_\_\_\_,

dichiara che le seguenti cose sono (\*):

- ☐ di sua proprietà;      ☐ prese in comodato;      ☐ prese in locazione;

e costituiscono trasporto occasionale per le seguenti esigenze \_\_\_\_\_

Firma leggibile del titolare  
(o del suo legale rappresentante)

(\*) Dichiarare l'ipotesi o le ipotesi che ricorrono.

N.B. la dichiarazione B) va fatta anche nel caso che il trasporto, oltre che essere occasionale, comprende cose che rientrano fra quelle previste nella licenza e va quindi aggiunta a quella di cui alla lettera A).

Prot. n. 95/2016

SPETT.LE

A.M.A.T. S.p.A.

VIA C. BATTISTI, 657

74121 - TARANTO

c.a. Ing. PELLICORO

Oggetto: Preventivo

In riferimento al materiale ricevuto con Vs. DDT nr. 285 del 25.05.2016, proponiamo la ns. migliore offerta per il servizio di riparazione e verniciatura:

- NR. 03 PEZZI DI CARROZZERIA BUS TARGATO DC940KC

**IMPORTO TOTALE EURO 450,00 OLTRE IVA**

Modalità di pagamento: rimessa diretta.

Distinti saluti

Taranto, 27 maggio 2016

  
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

9059

del 27 MAG. 2016

|     |                            |                          |
|-----|----------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato    | <input type="checkbox"/> |
| DS  | Direttore Generale         | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo   | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico          | <input type="checkbox"/> |
| AP  | Appalti / Contratti        | <input type="checkbox"/> |
| CM  | Commerciale / Marketing    | <input type="checkbox"/> |
| CD  | Contabilità / Bilancio     | <input type="checkbox"/> |
| ES  | Esercizio / Sosta          | <input type="checkbox"/> |
| IS  | Informatica / Statistica   | <input type="checkbox"/> |
| MT  | Mantenimento / Tecnica     | <input type="checkbox"/> |
| RU  | Risorse Umane              | <input type="checkbox"/> |
| AG  | Altri Gen. PP.RR. SINISTRI | <input type="checkbox"/> |
| RG  | Ufficio Ragioneria         | <input type="checkbox"/> |
| STQ | Stoffi Qualità             | <input type="checkbox"/> |

Ufficio commerciale