

1387/17



ESERCIZIO 20 17

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 786

INPS - BRINDISI

VISITE FISCALI

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
	2017	786	01/01/2017			144,22

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

I.N.P.S. -BRINDISI

P.ZZA DELLA VITTORIA,1

72100 B R I N D I S I (BR)

Partita IVA: 02121151001 C.F.

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: centoquarantaquattro e 22 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 260/P del 07/04/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

260/P



IMPORTO LORDO	144,22
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	144,22

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	CASSA	
	IMPORTO LORDO	144,22
	PREVISIONE	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'	

IL VICE CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0|0|1|4|6|3|3|0|7|3|3| | | |

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

DATI ANAGRAFICI **AMAT SPA**

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

comune

prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE **TARANTO**

T A VIA CESARE BATISTTI 657

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

codice identificativo

SEZIONE IRPEE

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

B

SALDO (A-B)

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda
7800	VMCF	78009253170032126
7800	VMCF	78004496170030054
1600	VMCF	16004496170024370
1600	VMCF	16004496170018016

periodo di riferimento da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati
168,16
122,55
85,10
59,12

importi a credito compensati

TOTALE C

D

SALDO (C-D)

434,93

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE E

F

SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	tributo	causale	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE G

H

SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE I

L

SALDO (I-L)

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

TOTALE M

N

SALDO (M-N)

FIRMA

AMAT S.p.A. IL PRESIDENTE

EURO

434,93

ESTREMI DEL VERSAMENTO

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE
giorno mese anno	AZIENDA CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IBAN

firma

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

**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
	2017	786	12/06/2017			144,22

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

I.N.P.S. -BRINDISI

P.ZZA DELLA VITTORIA,1

72100 B R I N D I S I (BR)

Partita IVA: 02121151001 C.F.

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: centoquarantaquattro e 22 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 260/P del 07/04/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

260/P

IMPORTO LORDO	144,22
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	144,22

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

Direzione Provinciale di

BRINDISI

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Verbo

Matricola INPS : 7800449608/01

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

*22/10/17
26566X*

All'azienda

SPA SOC. U AMAT

VIA BATTISTI 657

74121 TARANTO TA

22690 A

Fattura N. 192 /P del 09.03.2017
Richiesta di pagamento N. 180 del 09.03.2017

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	SAPONARA/GIUSEPPE	02.12.1964	315565	14.02.2017	59,12

Totale Euro	59,12
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	59,12

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 r F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati	
Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496170018016
Importi a debito versati	59,12

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

- Prot. n. *5776*
- del *20/10/2017*
- 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.PP. SINISTRI ☐
 - RAG Ufficio Ragioneria ☐
 - STQ Staff Qualità ☐

Il Direttore Provinciale
SIG.GIUSEPPE L.APRILE

per SUMA 15023721

N. RIC.	N. IVA <i>833</i>
DATA DI REGISTRAZIONE <i>14/10/17</i>	

INPSIstituto Nazionale
Previdenza SocialeDirezione Provinciale di
BRINDISIP.Iva : **02121151001**C.F. : **80078750587**Matricola INPS : **7800449608/01**Partita IVA : **00146330733**Cod. Fiscale : **00146330733**All'azienda
SPA SOC. U AMAT
VIA BATTISTI 657
74121 TARANTO**TA**Fattura N. 192 / P del 09.03.2017
Richiesta di pagamento N. 180 del 09.03.2017

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	SAPONARA/GIUSEPPE	02.12.1964	315565	14.02.2017	59,12

Totale Euro	59,12
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	59,12

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 r F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati	
Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496170018016
Importi a debito versati	59,12

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

del

30/03/2017

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 Gen. PP.PP. SINISTRI

RAG Ufficio Ragioneria

STQ Staff Qualità

Il Direttore Provinciale
SIG. GIUSEPPE L. APRILE

N. RIC.	N. IVA 833
DATA DI REGISTRA. 14/04/17	

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del *AN. 26 STATUTO*

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

10.04.2017

DATA L'ADDETTO AL RISCONTRO

08.05.2017
IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA FIRMA

*08/05/17**[Firma]*
UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

18 APR. 2017
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA FIRMA

*13-06-2017**[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

*21.04.2017**[Firma]*
IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA FIRMA

*21.04.2017**[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:



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Richiesta di Visita Medica di Controllo



Alla Sede INPS: 160002 - FRANCAVILLA FONTANA

Protocollo: INPS.1600.13/02/2017.0032624

Ai sensi della normativa in vigore sul controllo dello stato di salute del lavoratore in malattia, il sottoscritto: **FRANCESCO POGGI** chiede di voler procedere a visita medica domiciliare/ambulatoriale di controllo sullo stato di salute del lavoratore sotto citato, il quale ha comunicato di essere ammalato. Il datore di lavoro, su dichiarazione del sottoscritto, con ciò si impegna a rimborsare all'INPS il costo del servizio reso dietro richiesta di pagamento da parte dell'Istituto.

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Partita IVA : 00146330733

Matricola INPS : 7800449608

Denominazione : AMAT

Forma giuridica : SPA SOC. UN.

Autocertificazione ai sensi del T.U. n. 445/2000:

L'azienda richiedente INTRATTIENE rapporto con l'Istituto attraverso la produzione del DM.

L'azienda dichiara di NON ESSERE una Pubblica Amministrazione

L'azienda dichiara che per lo stesso lavoratore NON E' STATA richiesta altra visita nello stesso giorno

Indirizzo

Indirizzo : VIA BATTISTI 657

CAP : 74121

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Telefono : 0997356208

E-Mail : PICCHI@AMAT.TA.IT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : SPNGPP64T02L049Q Cognome : SAPONARA

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

Data Nascita : 02/12/1964

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Indirizzo di residenza

Indirizzo : VIA PIETRO COSTANTINO, 8

CAP : 72021

Comune : FRANCAVILLA FONTANA

Provincia : BR

Dati relativi alla visita

Il lavoratore sopra indicato ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'INPS.

Tipo Visita : Domiciliare

Data Visita : 14/02/2017

Ora Visita : Pomeridiana

Data Richiesta : 13/02/2017

Ora Richiesta : 10.09

Obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 27/01/2017

Data Fine Malattia : 24/02/2017

La malattia NON E' intervenuta in un periodo di ferie.

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 160002 -

Protocollo: INPS.1600.13/02/2017.0032624

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : SPNGPP64T02L049Q Cognome : SAPONARA

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

Data Nascita : 02/12/1964

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Non ha risposto nessuno all'indirizzo

Visita Domiciliare n. : 315565

Data Visita : 14/02/2017

Ora Visita : 17:43

Esito Visita : Non ha risposto nessuno all'indirizzo

Direzione Provinciale di

BRINDISI

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/01**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

SPA SOC. U AMAT

VIA BATTISTI 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. **260 /P** del **07.04.2017**

Richiesta di pagamento N. **243** del **07.04.2017**

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 CANTIS/FRANCO	22.08.1960	315829	24.02.2017	83,10

Totale Euro	83,10
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	85,10

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

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

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

Codice Sede **1600**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **16004496170024370**
Importi a debito versati **85,10**

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO

Assistenza per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **7773**

del **03 MAG. 2017**

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 / Termini ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. ☒ **SINISTRA**
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐

*Prot. 1062
24/5/17*



Direzione Provinciale di

BRINDISI

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/01

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda

SPA SOC. U AMAT

VIA BATTISTI 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. 260 /P del 07.04.2017

Richiesta di pagamento N. 243 del 07.04.2017

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 CANTIS/FRANCO	22.08.1960	315829	24.02.2017	83,10

Totale Euro	83,10
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	85,10

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

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

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

Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496170024370
Importi a debito versati	85,10

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO
Assessorato per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

del 03 MAG. 2017

- 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 ☐
- UIM Manutenzione / Fattoria ☐
- URU Risorse Umane ☐
- UAG Affari Gen. P.P. SIMISTRA ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Staff Qualità ☐

Prot. 1062
24/5/17

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 30/5/17 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA 30/5/17 FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 25 MAG. 2017 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA 13-06-2017 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 25.05.2017 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA 25.05.2017 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

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 160001 - BRINDISI

Protocollo: INPS.1600.24/02/2017.0043369

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : DE CANTIS

Nome : FRANCO

Sesso : M

DCNFNC60M22F205P

Data Nascita : 22/08/1960

Comune di nascita : MILANO

Provincia di nascita MI

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi

Visita Domiciliare n. : 315829

Data Visita : 24/02/2017

Ora Visita : 17:36

Data scadenza prognosi medico di controllo : 24/02/2017

Esito Visita : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi