

V 330



ESERCIZIO 20 17

## ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 727

BOSCHIS

MAG/17

\_\_\_\_\_

**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 099791247

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 |
|----------|-----------|---------------|------------|-----------|-----------|--------------------|
|          | 2017      | 727           | 29/05/2017 |           |           | 994,00             |

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

BECHIS CESARE

C.so Umberto, 177

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: C.F. BCHCSR48B04E506E

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: novecentonovantaquattro e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIEN

IBAN: IT66Y0103015805PREP95511305

**CAUSALE DEL PAGAMENTO**

Doc. n° 180 del 16/05/2017

IT 66Y0103015805 00000  
8677023

PAGAMENTO FATTURE N.

180



|                 |        |
|-----------------|--------|
| IMPORTO LORDO   | 994,00 |
| TOTALE RITENUTE | 0,00   |
| IMPORTO         | 994,00 |

|                                               |                                | CASSA  | CASSA |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|--------|-------|
| <b>RISULTANZE<br/>DELLA GESTIONE DI CASSA</b> | <b>IMPORTO LORDO</b>           | 994,00 |       |
|                                               | <b>PREVISIONE</b>              |        |       |
|                                               | <b>PROG. ORDINATIVI EMESSI</b> |        |       |
| <b>ESTREMI DELIBERA</b>                       |                                |        |       |
|                                               | <b>DISPONIBILITA'</b>          |        |       |

IL RESPONSABILE CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA

FILIALE 9601 TARANTO

IBAN BENEFICIARIO: IT50P0103015805000008677023

NR.SCT: 236875047 CRO: A1014382677

DATA ORDINE DUPLICATO

TRANSACTION ID: A101438267701030481580115800IT

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: BECHIS CESARE  
CORSO UMBERTO I 177  
TARANTO

DT REG : 31.05.2017

IMPORTO: 994,00

NOTE: RICARICA PREP 95511305

MANDATO NUM. 727

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 |
|----------|-----------|---------------|------------|-----------|-----------|--------------------|
|          | 2017      | 727           | 29/05/2017 |           |           | 994,00             |

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

BECHIS CESARE

C.so Umberto, 177

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: C.F. BCHCSR48B04E506E

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: novecentonovantaquattro e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIEN

IBAN: IT66Y0103015805PREP95511305

**CAUSALE DEL PAGAMENTO - -**

Doc. n° 180 del 16/05/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

180

IMPORTO LORDO

994,00

TOTALE RITENUTE

0,00

IMPORTO

994,00

|                                       |                         | CASSA  | CASSA |
|---------------------------------------|-------------------------|--------|-------|
| RISULTANZE<br>DELLA GESTIONE DI CASSA | IMPORTO LORDO           | 994,00 |       |
|                                       | PREVISIONE              |        |       |
|                                       | PROG. ORDINATIVI EMESSI |        |       |
| ESTREMI DELIBERA                      | DISPONIBILITA'          |        |       |

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

V 330  
29/5/18

# DICHIARAZIONE PER COMPENSO DI PRESTAZIONE AUTONOMA

Il sottoscritto BECHIS CESARE, nato a Lecce il 4-2-1948 e residente in corso Umberto 177 – cap 74123 – CF BCHCSR48B04E506E

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

Pr. n. 8527  
del 16 MAG. 2017

## DICHIARA

di ricevere dall'azienda per la mobilità nell'area di Taranto CF 00140330783

la somma di  
che, al netto delle ritenute d'acconto del 20% pari a  
bollo

euro 1.240.00  
248.00  
2.00

corrisponde a un importo di

994.00

per la seguente prestazione:

Ricevuta n° 180 del 16/5/2017 per autonoma collaborazione  
di addetto stampa mese di luglio 2017

I compensi di cui sopra sono fuori dal campo di applicazione Iva e non sono, pertanto, assoggettati ad Iva ai sensi dell'art.5 del Dpr del 26 ottobre 1972 n.633 e successive modifiche e integrazioni

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| N. RIC. _____                   | N. IVA <u>1011</u> |
| DATA DI REGIST. <u>17/05/17</u> |                    |

Li 16/5/2017

firma

Bechis

Nota: la marca da bollo va applicata solo sulle dichiarazioni per compensi lordi superiori a 77.47 euro



# DICHLARAZIONE PER COMPENSO DI PRESTAZIONE AUTONOMA

Il sottoscritto BECHIS CESARE, nato a Lecce il 4-2-1948 e residente in corso Umberto 177 – cap 74123 – CF BCHCSR48B04E506E

## DICHIARA

di ricevere dall'azienda per la mobilità nell'area di Taranto CF 00140330783

la somma di  
che, al netto delle ritenute d'acconto del 20% pari a  
bollo

euro 1.240.00  
248.00  
2.00

corrisponde a un importo di

994.00

per la seguente prestazione:

Ricevuta n° 180 del 16/5/2017 per autonoma collaborazione  
di addetto stampa mese di maggio 2017

I compensi di cui sopra sono fuori dal campo di applicazione Iva e non sono, pertanto, assoggettati ad Iva ai sensi dell'art.5 del Dpr del 26 ottobre 1972 n.633 e successive modifiche e integrazioni

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| N. RIC. _____              | N. IVA 1011 |
| DATA DI REGISTRA. 17/05/17 |             |

Li 16/5/2017

firma

*Bechis*

Nota: la marca da bollo va applicata solo sulle dichiarazioni per compensi lordi superiori a 77.47 euro



**Amiat**  
Assistenza per la mobilità nell'area di Taranto

Foto n. 8527

del 16 MAG. 2017

|     |                               |                          |
|-----|-------------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato       | <input type="checkbox"/> |
| AG  | 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 / Sostit.           | <input type="checkbox"/> |
| US  | Informatica / Statistica      | <input type="checkbox"/> |
| UMT | Manutenzione / Tecnica        | <input type="checkbox"/> |
| URU | Risorse Umane                 | <input type="checkbox"/> |
| UAG | Affari Gen. P.P.R.R. SINISTR. | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Ufficio Ragioneria            | <input type="checkbox"/> |
| ITO | Staff Qualità                 | <input type="checkbox"/> |

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>verifica condizione, ordine e contratto |                        |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Contr. Rep. n°                                                          | <del>200</del> 148 del |
| Conv. n°                                                                | del                    |
| Determ. A.D. n°                                                         | del                    |
| Delib. C.A. n°                                                          | del                    |
| Data scadenza pagamento                                                 | 16-6-17                |
| DATA                                                                    | L'ADDETTO AL RISCONTRO |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione                           |                        |
| DATA                                                                    | FIRMA                  |
| 23/5/17                                                                 |                        |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura                 |                        |
| data scadenza di pagamento presunta                         |                        |
| DATA                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| 17 MAR 2017                                                 |                        |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                        |
| DATA                                                        | FIRMA                  |
| 29-05-2017                                                  |                        |

| 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 ..... Prof.....                         |       |
| 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: