



ESERCIZIO 20 87

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1460

IMPS

VISSE 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	1.460	26/10/2017			403,29

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

I.N.P.S.-Direzione Subprov.le Manduria

VIA ANTONIO BRUNO, 124

74024 MANDURIA (TA)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

219

DICONSI EURO: quattrocentotré e 29 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

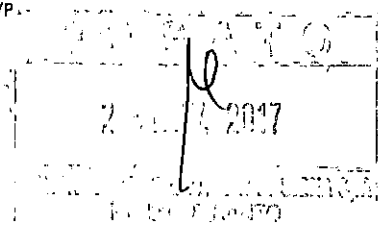
A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO**VISITE FISCALI A DIPENDENTI**

PAGAMENTO FATTURE N.

144/P, 150/P, 145/P.



IMPORTO LORDO	403,29
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	403,29

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		403,29	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

IL VICE CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



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	1.460	26/10/2017			403,29

IL CASSIERE

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

I.N.P.S.-Direzione Subprov.le Manduria

VIA ANTONIO BRUNO, 124

74024 MANDURIA (TA)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: quattrocentotré e 29 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

VISITE FISCALI A DIPENDENTI

PAGAMENTO FATTURE N.

144/P, 150/P, 145/P

IMPORTO LORDO

403,29

TOTALE RITENUTE

0,00

IMPORTO

403,29

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

IL RISPONSABILE CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 10 1 4 6 3 3 0 7 3 3

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

DATI ANAGRAFICI

Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto

data di nascita

giorno

mes

anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

TARANTO

T A

Via Cesare Battisti 657

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

codice identificativo

SEZIONE IRPEF

codice tributo

rateazione/ regione/ prov./ mese rif.

anno di riferimento

Importi a debito versati

Importi a credito compensati

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	periodo di riferimento: da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
7890	VMCF	78900062170009366	00/0000	00/0000	289 2 2	0 0 0
7890	VMCF	78904496170008838	00/0000	00/0000	52 4 0	0 0 0
7890	VMCF	78904496170008737	00/0000	00/0000	61 6 7	0 0 0

TOTALE

C

403 2 9D

0 0 0

SALDO (C-D)

403 2 9

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 IMDE ALTRI TRIBUTI REGIONALI

codice ente/ codice comune	Immob. Acc. Salto	Immob. Salto	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 PREVIDEL FIAN E ASSICURATIVI

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

INAIL

TOTALE

I

L

SALDO (I-L)

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	Importi a debito versati	Importi a credito compensati

TOTALE

M

N

SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO

403 2 9

ESTREMI DEL VERSAMENTO

DA PAGARE ALLA BANCA DI CREDITO POSTE/ AGENTE DELLA RISCOSSIONE

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	mes	anno	AZIENDA	CAB/ SPORTELLO
2 7	1 0	2 0 1 7	01030	15801

Pagamento presentato alla banca il 26/10/2017

Conto: G 01030 15801 000000008768

Delega Inoltrata

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA



Direzione Subprovinciale di

MANDURIA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Identificativo VM(9999000062/00

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. 150 / P del 31.05.2017

Richiesta di pagamento N. 93 del 31.05.2017

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	MONTELEONE/CIRO	10.12.1965	38161	08.04.2017	61,67
2	D'ANGELA/COSIMO	05.11.1957	38374	18.04.2017	58,88
3	LANZO/GIUSEPPE	16.03.1973	38375	18.04.2017	45,81
4	DRAGONE/ENRICO	13.05.1975	38385	24.04.2017	60,43
5	D'ANGELA/COSIMO	05.11.1957	38386	24.04.2017	60,43

Totale Euro	287,22
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	289,22

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 -

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

Codice Sede	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78900062170009366
Importi a debito versati	289,22

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

Amato
Aut. per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

del

28 GIU. 2017

- AD Amm.re Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UMP Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Sost. ☐
- UIS Informatica / Statistica ☐
- UMT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☐
- UAG Affari Gen. pp. PP. SINISTRI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Staff Qualità ☐

DATA DI REGISTRAZIONE

1394
17/07/17



Direzione Subprovinciale di
MANDURIA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Identificativo VM(9999000062/00

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. 150 /P del 31.05.2017

Richiesta di pagamento N. 93 del 31.05.2017

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	MONTELEONE/CIRO	10.12.1965	38161	08.04.2017	61,67
2	D'ANGELA/COSIMO	05.11.1957	38374	18.04.2017	58,88
3	LANZO/GIUSEPPE	16.03.1973	38375	18.04.2017	45,81
4	DRAGONE/ENRICO	13.05.1975	38385	24.04.2017	60,43
5	D'ANGELA/COSIMO	05.11.1957	38386	24.04.2017	60,43

Totale Euro	287,22
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	289,22

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 -

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

Codice Sede **7890**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **78900062170009366**
Importi a debito versati **289,22**

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

ATA
Associato per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **11344**

del **28 GIU. 2017**

- AD Amm.re Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UP Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Sosta ☐
- UIS Informatica / Statistica ☐
- UMT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☐
- UAG Affari Gen. PP.PP. SINISTRI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Staff Qualità ☐

1394
17/07/17
DATA DI REGISTRAZIONE

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 L'ADDETTO AL RISCO

20 SET 2017

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA FIRMA

20/09/17

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

18/09/2017

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA FIRMA

30-10-2017

FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA

FIRMA

UNITA' AA.GG. E PP.RR.
 verifica conferimento incarico

Conferimento del Prot.

IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.

DATA FIRMA

FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

21.07.2017

FIRMA

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA FIRMA

21.07.2017

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: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.07/04/2017.0025747

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : MNTCRI65T10L049G Cognome : MONTELEONE

Nome : CIRO

Sesso : M

Data Nascita : 10/12/1965

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

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

Visita Domiciliare n. : 38161

Data Visita : 08/04/2017

Ora Visita : 11:55:00

Data scadenza prognosi medico di controllo : 08/04/2017

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

Amat
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Proc. n.

6392

del 10 APR. 2017

AD	Azienda Delegata	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UEB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sosta	☐
ES	Informatica / Statistica	☐
UAT	Mantenimento / Tecnica	☐
IRPD	Risorse Umane	☒
IP-C	Area Cent. P.P.R.R. SINISTRI	☐
UAG	Ufficio Ragioneria	☐
IT-Q	Stadi Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 789000 -

Protocollo: INPS.7890.18/04/2017.0027192

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : DNGCSM57S051018F Cognome : D'ANGELA

Nome : COSIMO

Sesso : M

Data Nascita : 05/11/1957

Comune di nascita : SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, Incapace al ristoro feriale

Visita Domiciliare n. : 38374

Data Visita : 18/04/2017

Ora Visita : 17:01

Data scadenza prognosi medico di controllo : 20/04/2017

Esito Visita : Visitato, Incapace al ristoro feriale

AMAT
Accordo per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

7050

cs

20 APR. 2017

SD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sosta	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UMT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☒
UAC	Adm. Gen. PPRR, SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 789000 -

Protocollo: INPS.7890.18/04/2017.0027196

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : LNKGPP73C16E205X Cognome : LANZO

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

Data Nascita : 16/03/1973

Comune di nascita : GROTTAGLIE

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visita non espletata a motivo di fatti logistici o personali del lavoratore (ad esempio: impossibilità a reperire l'abitazione; impossibilità ad accedere al domicilio; impossibilità a lasciare invito a visita; avvenuta ripresa lavoro; lavoratore in ferie; rifiuto a farsi visitare ecc...)

Visita Domiciliare n. : 38375

Data Visita : 18/04/2017

Ora Visita : 18:29

Esito Visita : Visita non espletata a motivo di fatti logistici o personali del lavoratore (ad esempio: impossibilità a reperire l'abitazione; impossibilità ad accedere al domicilio; impossibilità a lasciare invito a visita; avvenuta ripresa lavoro; lavoratore in ferie; rifiuto a farsi visitare ecc...)

Amat
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

20 APR. 2017

AD	Amministratore Delegato	☐
UG	Direttore Generale	☐
UA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sosta	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UMT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAC	Atto Con. PP RR SINISTRI	☒
RAS	Ufficio Ragioneria	☐
SIG	Sig. Qualità	☐



Sede INPS: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.24/04/2017.0027914

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale: 00146330733

Denominazione: AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale:

Cognome: DRAGONE

Nome: ENRICO

Sesso: M

DRGNRC75E13E882H

Data Nascita: 13/05/1975

Comune di nascita: MANDURIA

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

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

Visita Domiciliare n. : 38385

Data Visita: 24/04/2017

Ora Visita: 17:04

Data scadenza prognosi medico di controllo: 24/04/2017

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

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.24/04/2017.0027922

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : DNGCSM57S05I018F Cognome : D'ANGELA

Nome : COSIMO

Sesso : M

Data Nascita : 05/11/1957

Comune di nascita : SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, Incapace al ristoro feriale

Visita Domiciliare n. : 38386

Data Visita : 24/04/2017

Ora Visita : 17:29

Data scadenza prognosi medico di controllo : 30/04/2017

Esito Visita : Visitato, Incapace al ristoro feriale

~~Amat~~
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

7215
26 APR. 2017

in

NG	Aziende Delegate	☐
DS	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sosta	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UMT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☒
UAG	Azienda Gen. P.P.R.R. SILESTRO	☒
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Società	☐



Direzione Subprovinciale di
MANDURIA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/02**
Partita IVA : **00146330733**
Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda
SOC. CONS. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO TA

Fattura N. **145 /P** del **31.05.2017**
Richiesta di pagamento N. **88** del **31.05.2017**

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	MASSARI/AMEDEO	25.04.1958	38394	27.04.2017	52,40

Totale Euro	52,40
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	52,40

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	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78904496170008838
Importi a debito versati	52,40

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

Procedura per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. 11362

del 28 GIU. 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	☐

N. VA 1395
DATA DI REGISTRAZIONE 17/07/2017

INPSIstituto Nazionale
Previdenza SocialeDirezione Subprovinciale di
MANDURIAP.Iva : **02121151001**C.F. : **80078750587**Matricola INPS : **7800449608/02**Partita IVA : **00146330733**Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

SOC. CONS. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO TA**Fattura N. **145 /P** del **31.05.2017**
Richiesta di pagamento N. **88** del **31.05.2017**

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	MASSARI/AMEDEO	25.04.1958	38394	27.04.2017	52,40

Totale Euro	52,40
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	52,40

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	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78904496170008838
Importi a debito versati	52,40

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

Autodichiarazione per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

11362

del

28 GIU. 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 / P.P.P. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐

1395
17/07/2017
REGISTRO

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 L'ADDETTO AL RISCONTRO

20 SET. 2017

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA FIRMA

29/09/17

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

28/10/2017

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA FIRMA

30-10-2017

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

21.07.2017

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA FIRMA

21.07.2017

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: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.27/04/2017.0028284

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MASSARI

Nome : AMEDEO

Sesso : M

MSSMDA58D25E882Q

Data Nascita : 25/04/1958

Comune di nascita : MANDURIA

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

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

Visita Domiciliare n. : 38394

Data Visita : 27/04/2017

Ora Visita : 17:02

Data scadenza prognosi medico di controllo : 28/04/2017

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

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

02 MAG. 2017

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
AP	Appalti / Contratti	☐
CM	Commerciale / Marketing	☐
CB	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sosta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
RU	Risorse Umane	☒
AC	Affari Gen. PP.RR. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐



Direzione Subprovinciale di

MANDURIA

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. **144 /P** del **31.05.2017**

Richiesta di pagamento N. **87** del **31.05.2017**

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	D'ANGELA/COSIMO	05.11.1957	38160	08.04.2017	61,67

Totale Euro	61,67
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	61,67

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 **7890**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **78904496170008737**
Importi a debito versati **61,67**

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

Amato
Ambrosiano per la mobilità nell'area di Taranto

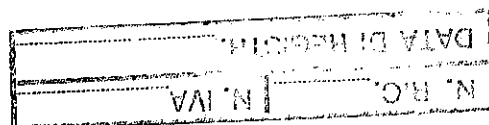
Prot. n.

11360

del

28 GIU. 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 / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. ☐ **PPPP SINISTRI**
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐



N. R.C. **1393**
DATA DI REGISTRAZIONE **27/07/17**

INPSIstituto Nazionale
Previdenza SocialeDirezione Subprovinciale di
MANDURIAP.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. **144 /P** del **31.05.2017**
Richiesta di pagamento N. **87** del **31.05.2017**

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	D'ANGELA/COSIMO	05.11.1957	38160	08.04.2017	61,67

Totale Euro	61,67
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	61,67

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	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78904496170008737
Importi a debito versati	61,67

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

Autore per la mobilità nell'area di Taranto

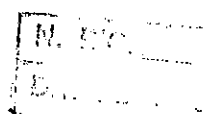
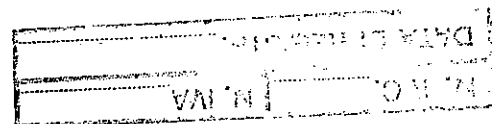
Prot. n.

11310

del

28 GIU. 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 / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Gen. P.P.P. SINISTRI	☐
UAG	Ufficio Ragioneria	☐
STC	Staff Qualità	☐

**1393**
27/07/17

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° *nr. 24 SRV.* del

Data scadenza pagamento

10-6-17
 DATA *20 SET. 2017* L'ADDETTO AL RISCONTRO *[firma]*
IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

 DATA *20/9/17* FIRMA *[firma]*
UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

 DATA *18.10.2017* FIRMA DEL RESPONSABILE *[firma]*
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA 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 *21.07.2017* FIRMA DEL RESPONSABILE *[firma]*
IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

 DATA *21.07.2017* FIRMA *[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: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.07/04/2017.0025726

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : DNGCSM57S051018F Cognome : D'ANGELA

Nome : COSIMO

Sesso : M

Data Nascita : 05/11/1957

Comune di nascita : SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, Idoneo al ristoro ferie il giorno successivo alla data di scadenza prognosi

Visita Domiciliare n. : 38160

Data Visita : 08/04/2017

Ora Visita : 11:21:00

Data scadenza prognosi medico di controllo : 09/04/2017

Esito Visita : Visitato, Idoneo al ristoro ferie il giorno successivo alla data di scadenza prognosi

~~Amat~~
Piacenza per la mobilità nell'area di Taranto

Prat. n. 6396

del 10 APR. 2017

AS	Assessore Delegato	☐
SG	Segretario Generale	☐
IA	Assessore Amministrativo	☐
IT	Assessore Tecnico	☐
AP	Appalti / Contratti	☐
UM	Commerciale / Marketing	☐
CB	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sosta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
UR	Risorse Umane	☐
UN	Affari Gen. PP.RR. SINISTRI	☒
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐

ll

*ok
entello
D'Angelo
Contante
alla
richiesta*