

T207/18



AZIENDA PER LA MOBILITÀ NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.

ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 441

INPS - TARIFFA

VITE FISCAL DIP.

**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
	2018	441	09/03/2018			193,07

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: centonovantatrè e 07 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 297/P del 19/10/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

257/P, 296/P, 297/P

IMPORTO LORDO	193,07
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	193,07

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		193,07	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

INPS

Istituto Nazionale
Previdenza Sociale



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. 257 /P del 06.09.2017

Richiesta di pagamento N. 128 del 06.09.2017

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	MAIORANO/ENZO	18.10.1982	39225	29.07.2017	72,52

Totale Euro	72,52
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	72,52

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 modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78904496170012879
Importi a debito versati	72,52

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. 18761

del 07 NOV. 2017

AD	Amministratore Delegato	☐
IG	Direttore Generale	☐
RA	Relazioni Amministrative	☐
RT	Direttore Tecnico	☐
UPP	Aspetti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UEE	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sosta	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UMT	Mantenimento / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
URG	Atten. Gen. P.P.R.R. SINISTRI	☐
UAG	Ufficio Ragioneria	☐
SLU	Sede Quarta	☐

Proc. 33 del 08/02/2018
FIRV. 15528 del 31/12/2017



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. **257 /P** del **06.09.2017**
Richiesta di pagamento N. **128** del **06.09.2017**

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	MAIORANO/ENZO	18.10.1982	39225	29.07.2017	72,52

Totale Euro	72,52
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	72,52

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 modello **F24** riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78904496170012879
Importi a debito versati	72,52

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

Amat
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

18761
07 NOV. 2017

- NP Amministratore Delegato ☐
- RG Amministratore Generale ☐
- RA Amministratore Amministrativo ☐
- RI Amministratore Tecnico ☐
- RAI Amministratore / Consulente ☐
- RAI Amministratore / Marketing ☐
- RAI Amministratore / Ricerca ☐
- RAI Amministratore / Sostegno ☐
- RAI Amministratore / Statistica ☐
- RAI Amministratore / Tecnica ☐
- RAI Amministratore / Gestione ☐
- RAI Amministratore P.P.R.R. SINISTRI ☐
- RAI Amministratore / Pagine Gialle ☐
- RAI Amministratore / Quadri ☐

Procl. 33 del 08/02/2018
FIRV. 15527 del 31/12/2017

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° **AR. 24 SAR.** del

Data scadenza pagamento

16-9-17DATA
16 FEB. 2018

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA FIRMA

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA

08 FEB. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA

09-03-18

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

13.02.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA

13.02.2018

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.7890.29/07/2017.0042828

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MAIORANO

Nome : ENZO

Sesso : M

MRNNZE82R18E882Y

Data Nascita : 18/10/1982

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. : 39225

Data Visita : 29/07/2017

Ora Visita : 17:29

Data scadenza prognosi medico di controllo : 29/07/2017

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

AmAt
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

13518

del

02 AGO 2017

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
AP	Appalti / Contratti	☐
CM	Commerciale / Marketing	☐
CB	Contabilità Bilancio	☐
ES	Edilizia / Sesta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
RU	Risorse Umane	☒
AG	Affari Gen. PP.RR. SINISTRI	☐
RG	Ufficio Regionale	☐
ST	Staff Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Richiesta di Visita Medica di Controllo

Alla Sede INPS: **789000 - MANDURIA**Protocollo: **INPS.7890.29/07/2017.0042828**

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 : 0997356232

E-Mail : AMAT@AMAT.TA.IT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MAIORANO

Nome : ENZO

Sesso : M

MRNNZE82R18E882Y

Data Nascita : 18/10/1982

Comune di nascita : MANDURIA

Provincia di nascita TA

Indirizzo di residenza

Indirizzo : VIA CAVOUR 58

CAP : 74020

Comune : MARUGGIO

Provincia : TA

Dati relativi alla visita

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

Tipo Visita : Domiciliare

Data Visita : 29/07/2017

Ora Visita : Pomeridiana

Data Richiesta : 29/07/2017

Ora Richiesta : 8.29

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 27/07/2017

Data Fine Malattia : 29/07/2017

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

07/1

M

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

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO TA**Fattura N. **297 / P** del **19.10.2017**Richiesta di pagamento N. **147** del **19.10.2017**

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	LECCE/ALESSANDRO	28.03.1971	39382	30.08.2017	58,88

Totale Euro	58,88
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	58,88

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 modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78904496170014798
Importi a debito versati	58,88

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO
Azienda per la mobilità nell'area di TarantoPrel. n. **19018**da **10 NOV. 2017**

- AD Amministratore Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- OMP Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Sosta ☐
- IS Informatica / Statistica ☐
- MT Manutenzione / Tecnica ☐
- HRU Risorse Umane ☐
- ATS Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRI ☐
- CAS Ufficio Ragioneria ☐
- ITQ Staff Qualità ☐

PROI. 30 DEL 08/02/2018

FIRV. 15520 DEL 31/12/2017



Direzione Subprovinciale di
MANDURIA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/02

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda
S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO TA

Fattura N. 297 /P del 19.10.2017
Richiesta di pagamento N. 147 del 19.10.2017

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	LECCE/ALESSANDRO	28.03.1971	39382	30.08.2017	58,88

Totale Euro	58,88
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	58,88

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 modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78904496170014798
Importi a debito versati	58,88

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

AMAT
Assalto per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. N. 19018
del 10 NOV. 2017
AP Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
DAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sesta ☐
ES Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
URS Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRE ☐
UAG Ufficio Ragioneria ☐
UQ Staff Qualità ☐

Prot. 30 del 08/02/2018
FIRV. 15520 del 31/12/2017

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

16 FEB. 2018

L'ADDETTO AL RISCONTRO

 IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA

16/02/18

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA

08 FEB. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA

09-03-18

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

13.02.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA

13.02.2018

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:



Sede INPS: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.30/08/2017.0045237

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : LCCLSN71C28I018Q Cognome : LECCE

Nome : ALESSANDRO

Sesso : M

Data Nascita : 28/03/1971

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

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 39382

Data Visita : 30/08/2017

Ora Visita : 17:35

Esito Visita : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Alla Sede INPS: 789000 - MANDURIA

Richiesta di Visita Medica di Controllo



Protocollo: INPS.7890.30/08/2017.0045237

Ai sensi della normativa in vigore sul controllo dello stato di salute del lavoratore in malattia, il sottoscritto: **RAFFAELE AMODIO** 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 SPA

Forma giuridica : SOC. CONS.

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 CESARE BATTISTI N. 657

CAP : 74121

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Telefono : 0997356208

E-Mail : AMAT@AMAT.TA.IT

Fax : 0997794247

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : LCCLSN71C28I018Q Cognome : LECCE

Nome : ALESSANDRO

Sesso : M

Data Nascita : 28/03/1971

Comune di nascita : SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE

Provincia di nascita TA

Indirizzo di residenza

Indirizzo : VIA NEVIERA 21

CAP : 74020

Comune : SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE

Provincia : TA

Dati relativi alla visita

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

Tipo Visita : Domiciliare

Data Visita : 30/08/2017

Ora Visita : Pomeridiana

Data Richiesta : 30/08/2017

Ora Richiesta : 10.21

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 28/08/2017

Data Fine Malattia : 03/09/2017

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

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 TAFattura N. **296 /P** del **19.10.2017**Richiesta di pagamento N. **146** del **19.10.2017**

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	MASSARO/COSIMO SERGIO	06.02.1973	39367	26.08.2017	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 modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78904496170014697
Importi a debito versati	61,67

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO**Amat**
Azienda per la mobilità nell'area di TarantoProt. n. **19087**del **10 NOV. 2017**

- AD Assente Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- CA Direttore Amministrativo ☐
- CT Direttore Tecnico ☐
- DAI Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Sosta ☐
- UIS Informatica / Statistica ☐
- USIT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Ricerca Umane ☐
- URS Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- ITQ Stafi Qualita ☐

Prot 31 del 08/02/2018

FIRU. 15522 del 31/02/2017



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. 296 /P del 19.10.2017

Richiesta di pagamento N. 146 del 19.10.2017

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	MASSARO/COSIMO SERGIO	06.02.1973	39367	26.08.2017	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 modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede 7890
Causale contributo VMCF
Codice INPS 78904496170014697
Importi a debito versati 61,67

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

~~40055~~
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prcl. n.

19087

del

10 NOV 2017

- AD Assente Delegato ☐
- DS Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- CA Appalti / Contratti ☐
- CM Commerciale / Marketing ☐
- CB Contabilità Bilancio ☐
- ES Esercizio / Sostit. ☐
- IS Informatica / Statistica ☐
- MT Manutenzione / Tecnica ☐
- RU Risorse Umane ☐
- SC Scat. Cont. F.P.R.R. SINISTRI ☐
- SG Segreteria ☐
- ST Staff Qualità ☐

PROF 31 DEL 08/02/2018

FIRU. 15522 DEL 31/02/2017

V I S T I

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 <i>AT. 29 G.T.</i>
Data scadenza pagamento <i>29/10/17</i>	
DATA <i>16 FEB. 2018</i>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <i>[Signature]</i>
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <i>16/07/18</i>	FIRMA <i>[Signature]</i>

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <i>08 FEB 2018</i>	FIRMA DEL RESPONSABILE <i>[Signature]</i>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <i>09-03-18</i>	FIRMA <i>[Signature]</i>

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 <i>13.02.2018</i>	FIRMA DEL RESPONSABILE <i>[Signature]</i>
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <i>13.02.2018</i>	FIRMA <i>[Signature]</i>

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:

Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.26/08/2017.0044965

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MASSARO

Nome : COSIMO SERGIO

Sesso : M

MSSCMS73B06L049C

Data Nascita : 06/02/1973

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 39367

Data Visita : 26/08/2017

Ora Visita : 18:50

Esito Visita : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante

 Servizi per le aziende ed i consulenti

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Richiesta di Visita Medica di Controllo**Alla Sede INPS: **789000 - MANDURIA**Protocollo: **INPS.7890.26/08/20**

Ai sensi della normativa in vigore sul controllo dello stato di salute del lavoratore in malattia, il sottoscritto: **RAFFAELE**, chiede di voler procedere a visita medica domiciliare/ambulatoriale di controllo sullo stato di salute del lavoratore sotto 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 : 7800

Denominazione : AMAT

Forma giuridica : SPA

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 : 0997356232

E-Mail : AMAT@AMAT.TA.IT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MASSARO

Nome : COSIMO SERGIO

Sesso

MSSCMS73B06L049C

Data Nascita : 06/02/1973

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Indirizzo di residenza

Indirizzo : VIA FONTANELLE N. 17

CAP : 74020

Comune : LIZZANO

Provincia

Dati relativi alla visita

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

Tipo Visita : Domiciliare

Data Visita : 26/08/2017

Ora Visita : Pomeridiana

Data Richiesta : 26/08/2017

Ora Richiesta : 8.38

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 25/08/2017

Data Fine Malattia : 29/08/2017

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

