



1204/18

ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 442

IRS- FOGGIA

VISTA FISCALE DIR-



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	442	09/03/2018			58,26

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

I.N.P.S. Sede di Foggia

VIA CIRO IL GRANDE, 21

00144 ROMA (AG)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: cinquantotto e 26 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 1501/P del 03/11/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

1501/P

IMPORTO LORDO	58,26
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	58,26

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	CASSA	
	IMPORTO LORDO	58,26
	PREVISIONE	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'	

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

FOGGIA

Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/01

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. **1501 /P** del **03.11.2017**
Richiesta di pagamento Num. **680** del **03.11.2017**

Pagina 1 di 1

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	GIOSEFFI / PIO MARCO	06.04.1982	319631	04.09.2017	58,26

Importo Totale Euro	58,26
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	58,26

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	3100
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	31004496170068063
Importi a debito versati	58,26

Proi. 38 det 08/02/2018
FIRV. 15525 det 31/12/2017

Anno 2017 per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

19308

del

15 NOV. 2017

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Società	☐
UIS	Informatica / Sistemi	☐
UAT	Risorse Umane / Personale	☐
UAG	Affari Gen. / P.P.P. / STRA.	☐
UAG	Ufficio Registrazione	☐
STC	Segretaria	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

FOGGIA

Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/01

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. 1501 /P del 03.11.2017

Richiesta di pagamento Num. 680 del 03.11.2017

Pagina 1 di 1

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	GIOSEFFI / PIO MARCO	06.04.1982	319631	04.09.2017	58,26

Importo Totale Euro	58,26
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	58,26

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	3100
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	31004496170068063
Importi a debito versati	58,26

Presente per la richiesta nell'area di Taranto

Prot. n.

19308

del

15 NOV. 2017

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
IMP	Impiegati / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCS	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Società	☐
UIS	Informatica / Sistemi	☐
UIT	Relazioni / Pubblica	☐
IRU	Risorse Umane	☐
UNG	Attività Gen. P.P.R. SOSTITUI	☐
IRG	Ufficio Ragioneria	☐
GRU	Ris. Gen. P.P.R.	☐

Prot. 38 del 08/02/2018

FIRV. 15525 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

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

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

12.02.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA

12.02.2018

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: 310000 - FOGGIA

Protocollo: INPS.3100.04/09/2017.0233011

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : GIOSEFFI

Nome : PIO MARCO

Sesso : M

GSFPRC82D06D643N

Data Nascita : 06/04/1982

Comune di nascita : FOGGIA

Provincia di nascita FG

Dati relativi all' Esito

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

Visita Domiciliare n. : 319631

Data Visita : 04/09/2017

Ora Visita : 17:40

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

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

Assente
Assenza per le mobilitazioni nell'area di Taranto

Prot. n. 16975

06 SET. 2017

22	Assente Delegato	☐
26	Direttore Generale	☐
27	Direttore Amministrativo	☐
28	Direttore Tecnico	☐
29	Appalti / Contratti	☐
33	Commerciale / Marketing	☐
34	Contabilità / Bilancio	☐
35	Esercizio / Sosta	☐
36	Informatica / Statistica	☐
37	Mantenimento / Tecnica	☐
38	Risorse Umane	☐
39	Altre Funz. ESSEN. SINISTRI	☐
40	Ufficio Ragioneria	☐
41	Staff Qualità	☐

[Handwritten signature]



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Richiesta di Visita Medica di Controllo



Alla Sede INPS: 310000 - FOGGIA

Protocollo: INPS.3100.04/09/2017.0233011

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 : S.P.A.

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 :

Cognome : GIOSEFFI

Nome : PIO MARCO

Sesso : M

GSFPRC82D06D643N

Data Nascita : 06/04/1982

Comune di nascita : FOGGIA

Provincia di nascita FG

Indirizzo di residenza

Indirizzo : IA CASTELLUCCIO DEI SAURI KM 3,00

CAP : 71122

Comune : FOGGIA

Provincia : FG

Dati relativi alla visita

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

Tipo Visita : Domiciliare

Data Visita : 04/09/2017

Ora Visita : Antimeridiana

Data Richiesta : 04/09/2017

Ora Richiesta : 11.25

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 04/09/2017

Data Fine Malattia : 04/09/2017

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

