

1304/18



ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 017

INPS. TA

V. Fiscal

**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	617	19/04/2018			530,71

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

I.N.P.S.-Agenzia di Taranto

VIA CIRO IL GRANDE 21

00144 ROMA (RM)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: cinquecentotrenta e 71 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 236/P del 01/02/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

264/P, 252/P, 232/P, 235/P, 251/P, 230/P, 231/P, 236/P

IMPORTO LORDO	530,71
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	530,71

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		530,71	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di
TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7803606091/01

Partita IVA : 00000000000

Codice Fiscale : MDARFL64P18L049M

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :
STUDIO AMODIO RAFFAELE 180964
VIA D'AQUINO 55
74123 TARANTO (TA)

Fattura Num. 252 /P del 01.02.2018
Richiesta di pagamento Num. 246 del 01.02.2018

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	LARDIERI / GERARDO	24.03.1982	229474	13.01.2018	65,08

Importo Totale Euro	65,08
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	65,08

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78006060180024608
Importi a debito versati	65,08

Amas
per la mobilità nell'area di Taranto

521p
15 MAR. 2018

ES	Amministratore Delegato	☐
ES	Direttore Generale	☐
TA	Direttore Amministrativo	☐
UT	Direttore Tecnico	☐
APP	Appalti / Contratti	☐
JCM	Commerciale / Marketing	☐
JCB	Contabilità Bilancio	☐
JES	Esercizio / Sosta	☐
VIS	Informatica / Statistica	☐
MAN	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAC	Affari Gen. P.P.P.R. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Staff Qualità	☐

RIC	N. IVA 126
DATA DI REGISTRAZIONE 30/03/18	

Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Comunicazione di pagamento Inps

Mittente: "Per conto di: mail@pec.studioamodio.eu" <posta-certificata@pec.aruba.it>

Data: 15/03/2018 15.15

A: "Amat SpA" <amat@pec.amat.ta.it>

Messaggio di posta certificata

Il giorno 15/03/2018 alle ore 15:15:54 (+0100) il messaggio
"Comunicazione di pagamento Inps" è stato inviato da "mail@pec.studioamodio.eu"
indirizzato a:

amat@pec.amat.ta.it

Il messaggio originale è incluso in allegato.

Identificativo messaggio: opec286.20180315151554.24360.10.1.62@pec.aruba.it

Oggetto: Comunicazione di pagamento Inps

Mittente: "Pec Raffaele Amodio" <mail@pec.studioamodio.eu>

Data: 15/03/2018 15.15

A: "Amat SpA" <amat@pec.amat.ta.it>

Si allegano alla presente le comunicazioni Inps pervenute in data odierna a cui dare seguito,
pregando di darmi riscontro dell'avvenuto pagamento.

Distinti saluti

Dott. Raffaele Amodio

Piazza Giovanni XXIII n. 13

74123 TARANTO

Tel 0994526778 Fax 0994537126

Pers. 3382861634

— Allegati: —

dati-cert.xml	791 bytes
postacert.eml	545 KB
inps amat.pdf	545 KB

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7803606091/01

Partita IVA : 00000000000

Codice Fiscale : MDARFL64P18L049M

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

STUDIO AMODIO RAFFAELE 180964

VIA D'AQUINO 55

74123 TARANTO (TA)

Fattura Num. **252 /P** del **01.02.2018**

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. **246** del **01.02.2018**

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	LARDIERI / GERARDO	24.03.1982	229474	13.01.2018	65,08

Importo Totale Euro	65,08
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	65,08

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78006060180024608
Importi a debito versati	65,08

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

5210

15 MAR. 2018

- AD Amministratore Delegato ☐
- EG Direttore Generale ☐
- TA Direttore Amministrativo ☐
- TE Direttore Tecnico ☐
- AP Appalti / Contratti ☐
- CM Commerciale / Marketing ☐
- CB Contabilità Bilancio ☐
- ES Esercizio / Soste ☐
- IS Informatica / Statistica ☐
- MT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☐
- MA Macchine e Impianti ☐
- RA Ragione ☐
- STO Stadi ☐

RIC	INIVA 126
DATA DI REGISTRAZIONE 30/03/18	

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
09 APR. 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

03 APR. 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

3.04.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA

3.04.2018

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:

**Protocollo: INPS.7800.13/01/2018.0012807**

Denominazione : AMODIO RAFFAELE 180964

Sesso : M

Provincia di nascita TA

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

Page 5

1752
25 GEN. 2019

24	Arriva Delegato	☐
25	Dirigente Generale	☐
26	Dirigente Amministrativo	☐
27	Dirigente Finanziario	☐
28	Appalti - Contratti	☐
29	Commercio - Marketing	☐
30	Coordinamento Aziendale	☐
31	Espresso - Roma	L3
32	Informatica / Statistica	☐
33	Informatica - Tecnica	☐
34	Ricerca Urbana	☐
35	Progettazione - Urbanistica	☐
36	Progettazione - Urbanistica	☐
37	Progettazione - Urbanistica	☐
38	Progettazione - Urbanistica	☐
39	Progettazione - Urbanistica	☐
40	Progettazione - Urbanistica	☐
41	Progettazione - Urbanistica	☐
42	Progettazione - Urbanistica	☐
43	Progettazione - Urbanistica	☐
44	Progettazione - Urbanistica	☐
45	Progettazione - Urbanistica	☐
46	Progettazione - Urbanistica	☐
47	Progettazione - Urbanistica	☐
48	Progettazione - Urbanistica	☐
49	Progettazione - Urbanistica	☐
50	Progettazione - Urbanistica	☐
51	Progettazione - Urbanistica	☐
52	Progettazione - Urbanistica	☐
53	Progettazione - Urbanistica	☐
54	Progettazione - Urbanistica	☐
55	Progettazione - Urbanistica	☐
56	Progettazione - Urbanistica	☐
57	Progettazione - Urbanistica	☐
58	Progettazione - Urbanistica	☐
59	Progettazione - Urbanistica	☐
60	Progettazione - Urbanistica	☐
61	Progettazione - Urbanistica	☐
62	Progettazione - Urbanistica	☐
63	Progettazione - Urbanistica	☐
64	Progettazione - Urbanistica	☐
65	Progettazione - Urbanistica	☐
66	Progettazione - Urbanistica	☐
67	Progettazione - Urbanistica	☐
68	Progettazione - Urbanistica	☐
69	Progettazione - Urbanistica	☐
70	Progettazione - Urbanistica	☐
71	Progettazione - Urbanistica	☐
72	Progettazione - Urbanistica	☐
73	Progettazione - Urbanistica	☐
74	Progettazione - Urbanistica	☐
75	Progettazione - Urbanistica	☐
76	Progettazione - Urbanistica	☐
77	Progettazione - Urbanistica	☐
78	Progettazione - Urbanistica	☐
79	Progettazione - Urbanistica	☐
80	Progettazione - Urbanistica	☐
81	Progettazione - Urbanistica	☐
82	Progettazione - Urbanistica	☐
83	Progettazione - Urbanistica	☐
84	Progettazione - Urbanistica	☐
85	Progettazione - Urbanistica	☐
86	Progettazione - Urbanistica	☐
87	Progettazione - Urbanistica	☐
88	Progettazione - Urbanistica	☐
89	Progettazione - Urbanistica	☐
90	Progettazione - Urbanistica	☐
91	Progettazione - Urbanistica	☐
92	Progettazione - Urbanistica	☐
93	Progettazione - Urbanistica	☐
94	Progettazione - Urbanistica	☐
95	Progettazione - Urbanistica	☐
96	Progettazione - Urbanistica	☐
97	Progettazione - Urbanistica	☐
98	Progettazione - Urbanistica	☐
99	Progettazione - Urbanistica	☐
100	Progettazione - Urbanistica	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/18

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

SPA SOC. U AMAT

VIA BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 232 /P del 01.02.2018

Richiesta di pagamento Num. 226 del 01.02.2018

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	PALUMBO / DAVIDE	09.06.1985	228718	31.12.2017	74,37

Importo Totale Euro	74,37
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	74,37

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180022689
Importi a debito versati	74,37

RIC	N.IVA 115
DATA DI REGISTRAZIONE 29/03/18	

FIRMA ESSE 21/02/17

Firma per la validità dell'atto di Taranto

Prot. n.

dal 13 FEB. 2018

- AD Amministratore Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Appalti / Contratti ☐
- UCM Commercialista / Contabile ☐
- UCB Contabilità Generale ☐
- UES Esercizio / Servizi ☐
- UIS Informatica / Sistemi ☐
- UAT Manutenzione / Tecnico ☐
- ERU Riscatto Unificato ☐
- UAG Ufficio Con. D.P.R. SINTESI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Segretaria ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Matricola INPS : 7800449608/18

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

All'azienda :

SPA SOC. U AMAT**VIA BATTISTI 657****74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. 232 /P del 01.02.2018

Richiesta di pagamento Num. 226 del 01.02.2018

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	PALUMBO / DAVIDE	09.06.1985	228718	31.12.2017	74,37

Importo Totale Euro	74,37
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	74,37

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180022689
Importi a debito versati	74,37

RIC 115
DATA DI REGISTRO 29/03/18

FIRV. 158 08/24/17

Assegnata per la gestione dell'azienda

Post. n.

del 13 FEB. 2018

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commercio / Marketing	☐
UCB	Compt. / Bilancio	☐
UES	Espresso / Banca	☐
UIS	Informatica / Sistemi	☐
UNIT	Manutenzione / Tecnico	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Gen. / PR / Relazioni	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Staff Qualità	☐

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
09 APR. 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
19 MAR. 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

21.03.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA

21.03.2018

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

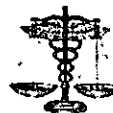
DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.31/12/2017.0399567

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

PLMDVD85H09L049R

Cognome : PALUMBO

Nome : DAVIDE

Sesso : M

Data Nascita : 09/06/1985

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. : 228718

Data Visita : 31/12/2017

Ora Visita : 17:35

Data scadenza prognosi medico di controllo : 31/12/2017

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

Amat
Piazza per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

09 GEN 2018

AS	Amministratore Delegato	☐
ES	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
TT	Direttore Tecnico	☐
AP	Appalti / Contratti	☐
CM	Commerciale / Marketing	☐
CD	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sosta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
RU	Risorse Umane	☒
US	Altri Gen. PP.RR. SINISTRI	☐
RG	Ufficio Ragioneria	☐
SI	Staff Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/42

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. **235 /P** del **01.02.2018**

Richiesta di pagamento Num. **229** del **01.02.2018**

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	SERAFINO / GASPARE	04.09.1972	229275	11.01.2018	74,69
Importo Totale Euro					74,69
Importo Bollo Euro					0,00
Importo da corrispondere Euro					74,69

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 **7800**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **78004496180022982**
Importi a debito versati **74,69**

RIC	N.IVA 228
DATA DI REGISTRAZIONE 19/02/18	

Autografo per la registrazione dell'atto di Taranto

Prot. n. **3117**

Del **14 FEB. 2018**

AD Amministrazione ☐
DG Direzione Generale ☐
DA Direzione Amministrativa ☐
DT Direzione Tecnica ☐
UMP Ufficio di Controllo ☐
UCM Ufficio Commerciale / Marketing ☐
UCB Ufficio Contabilità ☐
UCS Ufficio Scelte ☐
UIS Informatica / Sistemi ☐
UIT Infrastrutture / Tecnica ☐
URU Ufficio Unione ☐
UAG Ufficio Amm. Gen. P.P.P. SISTEMI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/42

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. 235 /P del 01.02.2018
Richiesta di pagamento Num. 229 del 01.02.2018

Pagina 1 di 1

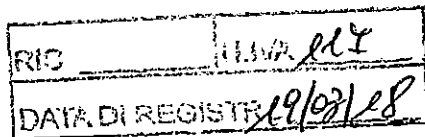
Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	SERAFINO / GASPARE	04.09.1972	229275	11.01.2018	74,69
Importo Totale Euro					74,69
Importo Bollo Euro					0,00
Importo da corrispondere Euro					74,69

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 7800
Causale contributo VMCF
Codice INPS 78004496180022982
Importi a debito versati 74,69



Autore per la compilazione del modulo

Punt. n. 3117

Del 14 FEB 2018

AD Amministrativo ☐
DG Direzione Generale ☐
DA Direzione Amministrativa ☐
DT Direzione Tecnica ☐
LAP Ufficio / Controlli ☐
UCM Ufficio Controlli / Elaborazioni ☐
UCS Ufficio Controlli / Elaborazioni ☐
UES Ufficio / Servizi ☐
UKS Ufficio / Servizi ☐
UKM Ufficio / Servizi ☐
UKT Ufficio / Servizi ☐
UKU Ufficio / Servizi ☐
UAG Ufficio / Servizi ☐
RAG Ufficio / Servizi ☐
STO Ufficio / Servizi ☐

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determin. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

DATA
09 APR. 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
19 MAR. 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

21.03.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA

21.03.2018

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: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.10/01/2018.0008026

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : SERAFINO

Nome : GASPARE

Sesso : M

SRFGPR72P04H090N

Data Nascita : 04/09/1972

Comune di nascita : PULSANO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 229275

Data Visita : 11/01/2018

Ora Visita : 18:55

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

AmAt
Assistenza per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

3068

14 FEB. 2018

AD	Aziende Delegato	☐
EG	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 Cor. SP. / ANISTRI	☐
RG	Ufficio Ragione	☐
ST	Staff Quantità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/12

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. 264 /P del 01.02.2018

Richiesta di pagamento Num. 258 del 01.02.2018

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	DE BENEDITTIS / ROSA	22.05.1972	229420	13.01.2018	80,58
Importo Totale Euro					80,58
Importo Bollo Euro					2,00
Importo da corrispondere Euro					82,58

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78009253180025862
Importi a debito versati	82,58

Azienda per la mobilità e l'occupazione di Taranto

Prot. n.

del 13 FEB. 2018

AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciali / Marketing ☐
UCB Comunità Urbane ☐
UES Esercizio / Servizi ☐
UIS Informatica / Sistemi ☐
UIT Infrastrutture / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Generali / P.E.R. ☐
RAG Ufficio Registrazione ☐
STQ Staff Qualità ☐

RIC	N.IVA 119
DATA DI REGISTRAZIONE 19/02/18	

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/12

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. 264 /P del 01.02.2018

Richiesta di pagamento Num. 258 del 01.02.2018

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	DE BENEDITTIS / ROSA	22.05.1972	229420	13.01.2018	80,58

Importo Totale Euro	80,58
Importo Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	82,58

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:

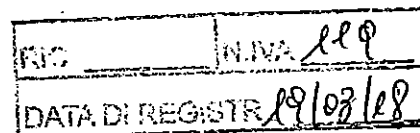
Codice Sede	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78009253180025862
Importi a debito versati	82,58

Adesione per la mobilità elettronica di Taranto

Prot. n.

del 13 FEB. 2018

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appl. / Controlli	☐
UCIA	Commerciale / Marketing	☐
UCS	Commerciale / Servizi	☐
UES	Economico / Base	☐
URS	Informatico / Sistemi	☐
UMI	Manutenzione / Energia	☐
URU	Finanza / Umanità	☐
UAG	Attività Con. / FISCAL / CONTAB.	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Stadi / Località	☐



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°

At. 2494

del

Data scadenza pagamento

10-2-18

DATA

09 APR. 2018

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA

09/04/18

FIRMA

M

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA

19 MAR. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA

19-01-2018

FIRMA

Pentola

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

21.03.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA

21.03.2018

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: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.12/01/2018.0011666

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : DE BENEDITTIS

Nome : ROSA

Sesso : F

DBNRSO72E62L049R

Data Nascita : 22/05/1972

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all'Esito

Esito : Visitato, Incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 229420

Data Visita : 13/01/2018

Ora Visita : 18:35

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

AmAt
Assisto per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

3069

del

14 FEB. 2018

AD	Amministratore Delegato	☐
EG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
AP	Appalti / Contratti	☐
CM	Commerciale / Marketing	☐
CB	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Scelta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
UR	Risorse Umane	☐
AS	AS - AS - SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Stiff. Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



247896

Matricola INPS : 7803606091/00
Partita IVA : 00000000000
Codice Fiscale : MDARFL64P18L049M

Mod. Fatt.VMC-2014-1

52.95.0004 costi x dis. FR Fisco

Sede di
TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

All'azienda :

STUDIO AMODIO RAFFAELE 180964**VIA D'AQUINO 55****74123 TARANTO (TA)**

Fattura Num. 251 /P del 01.02.2018

Richiesta di pagamento Num. 245 del 01.02.2018

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	AUGENTI / NICOLA	19.01.1971	229473	13.01.2018	52,40

Importo Totale Euro	52,40
Importo 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 modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede 7800
Causale contributo VMCF
Codice INPS 78006060180024507
Importi a debito versati 52,40

~~AMMIST~~
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. 5211

del 15 MAR. 2018

AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
DPO Appalti / Contratti ☐
DCA Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
ES Informatica / Statistica ☐
MAT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
IAC Affari Con. PP.RR. SINISTRI ☐
TAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staffi Qualità ☐

FISC N. IVA 225
DATA DI REGISTRAZIONE 20/02/18

Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Comunicazione di pagamento Inps

Mittente: "Per conto di: mail@pec.studioamodio.eu" <posta-certificata@pec.aruba.it>

Data: 15/03/2018 15.15

A: "Amat SpA" <amat@pec.amat.ta.it>

Messaggio di posta certificata

Il giorno 15/03/2018 alle ore 15:15:54 (+0100) il messaggio
"Comunicazione di pagamento Inps" è stato inviato da "mail@pec.studioamodio.eu"
indirizzato a:

amat@pec.amat.ta.it

Il messaggio originale è incluso in allegato.

Identificativo messaggio: opec286.20180315151554.24360.10.1.62@pec.aruba.it

Oggetto: Comunicazione di pagamento Inps

Mittente: "Pec Raffaele Amodio" <mail@pec.studioamodio.eu>

Data: 15/03/2018 15.15

A: "Amat SpA" <amat@pec.amat.ta.it>

Si allegano alla presente le comunicazioni Inps pervenute in data odierna a cui dare seguito,
pregando di darmi riscontro dell'avvenuto pagamento.

Distinti saluti

Dott. Raffaele Amodio

Piazza Giovanni XXIII n. 13

74123 TARANTO

Tel 0994526778 Fax 0994537126

Pers. 3382861634

— Allegati: —

dati-cert.xml	791 bytes
postacert.eml	545 KB
inps amat.pdf	545 KB

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



247896

Matricola INPS : 7803606091/00
 Partita IVA : 00000000000
 Codice Fiscale : MDARFL64P18L049M

Mod. Fat. VMC-2014-1

52 95.0004 6511 x 12,18 FISCALI

Sede di
TARANTO

Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
 P.Iva : 02121151001
 C.F. : 80078750587

All'azienda :
STUDIO AMODIO RAFFAELE 180964
VIA D'AQUINO 55
74123 TARANTO (TA)

Fattura Num. 251 / P del 01.02.2018
 Richiesta di pagamento Num. 245 del 01.02.2018

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	AUGENTI / NICOLA	19.01.1971	229473	13.01.2018	52,40

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

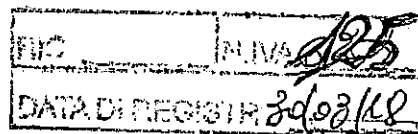
Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:	
Codice Sede	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78006060180024507
Importi a debito versati	52,40

ASST
 Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Procl. n. **5211**
 del **15 MAR. 2018**

- AD Amministratore Delegato ☐
- GG Direttore Generale ☐
- GA Direttore Amministrativo ☐
- GT Direttore Tecnico ☐
- SEP Appalti / Contratti ☐
- CCM Commercial / Marketing ☐
- ICS Contabilità Bilancio ☐
- IES Esercizio / Sosta ☐
- IES Informatica / Statistica ☐
- MTT Manutenzione / Tecnica ☐
- HRU Risorse Umane ☐
- ACC Area Cont. FISC. SINISTRA ☐
- TAG Ufficio Ragioneria ☐
- STO Sistemi Qualità ☐



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
09 APR. 2018

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA

FIRMA

09/04/18

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA
03 APR. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA

FIRMA

19-04-2018

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

3.04.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA

3.04.2018

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: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.13/01/2018.0012804

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : MDARFL64P18L049M

Denominazione : AMODIO RAFFAELE 180964

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : GNTNCL71A19L049T Cognome : AUGENTI

Nome : NICOLA

Sesso : M

Data Nascita : 19/01/1971

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 229473

Data Visita : 13/01/2018

Ora Visita : 11:00

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

Viceversa per la mobilità nell'area di Taranto

Per n. 1752
25 GEN 2018

AD	Amministratore Delegato	☐
GE	Dirigente Generale	☐
DA	Dirigente Amministrativo	☐
DT	Dirigente Tecnico	☐
AP	Aperta / Contratti	☐
CM	Commerciale / Marketing	☐
CS	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esigibilità / Scatti	☐
IS	Informatica / Sistemi	☐
MT	Mantenimento / Tecnica	☐
RU	Risorse Umane	☐
SC	Servizi Generali / SINISTRA	☐
SO	Ufficio Relazioni	☐
ST	Sig. Generale	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/07

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

SPA SOC. U AMAT**VIA BATTISTI 657****74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. 230 /P del 01.02.2018

Richiesta di pagamento Num. 224 del 01.02.2018

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	LOPARCO / DOMENICO	28.03.1959	228681	30.12.2017	65,43

Importo Totale Euro	65,43
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	65,43

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180022487
Importi a debito versati	65,43

RIC:	N.IVA 114
DATA DI REGISTRAZIONE 29/03/18	

FIRMA: 15826 DEL 31/02/18

Autografo per la sezione dell'Ufficio di Taranto

Prot. n.

2993

del

13 FEB. 2018

- AD Amministratore Delegato ☐
- CG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DE Direttore Economico ☐
- UAP Affari / Controlli ☐
- UCM Comptroller / Marketing ☐
- UCS Contabilità / Finanza ☐
- UES Esternalità / Scelta ☐
- URS Informatica / Sistemi ☐
- UMT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☐
- UAG Affari Gen. F.P.P.R. S.M.S.T. ☐
- RAG Ufficio Regionale ☐
- STQ Staff Qualità ☐



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/07

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

SPA SOC. U AMAT

VIA BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 230 /P del 01.02.2018
Richiesta di pagamento Num. 224 del 01.02.2018

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	LOPARCO / DOMENICO	28.03.1959	228681	30.12.2017	65,43

Importo Totale Euro	65,43
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	65,43

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180022487
Importi a debito versati	65,43

RIS. 114

DATA DI REGISTRAZIONE 29/03/18

FIRMA: 15826 DEL 31/12/17

Attestato per la richiesta di rimborso

Prot. n. 2993

del 13 FEB. 2018

AD	Assistenza Delegata	☐
AG	Assistenza Generale	☐
BA	Assistenza Amministrativa	☐
BT	Assistenza Tecnica	☐
UPP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Comunicazione / Marketing	☐
UCS	Comunicazione / Relazioni	☐
UES	Comunicazione / Servizi	☐
URS	Informatica / Sistemi	☐
UNIT	Manutenzione / Servizi	☐
URU	Ricerca / Servizi	☐
UAG	Assistenza Generale / Servizi	☐
RAG	Assistenza Generale / Servizi	☐
STO	Assistenza Generale / Servizi	☐

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determin. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

DATA
09 APR. 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
4-9 MAR. 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

21.03.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA

21.03.2018

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: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.29/12/2017.0398569

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : LOPARCO

Nome : DOMENICO

Sesso : M

LPRDNC59C28G187B

Data Nascita : 28/03/1959

Comune di nascita : OSTUNI

Provincia di nascita BR

Dati relativi all' Esito

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

Visita Domiciliare n. : 228681

Data Visita : 30/12/2017

Ora Visita : 18:50

Data scadenza prognosi medico di controllo : 30/12/2017

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

Amat
Verso per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

676
11 GEN. 2018

di

AD	Amministratore Delegato	☐
RG	Direttore Generale	☐
SA	Direttore Amministrativo	☐
ST	Direttore Tecnico	☐
PA	Appalti e Contratti	☐
CM	Commerciale / Marketing	☐
CB	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sosta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
RU	Risorse Umane	☒
AG	Affar. Gen. P.P.R.R. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/10

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

All'azienda :

SPA SOC. U AMAT

VIA BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 231 /P del 01.02.2018

Richiesta di pagamento Num. 225 del 01.02.2018

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	SANTORO / DONATO	05.03.1969	228685	30.12.2017	60,12

Importo Totale Euro	60,12
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	60,12

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 modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:	
Codice Sede	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180022588
Importi a debito versati	60,12

RIC _____ N.IVA 113

DATA DI REGISTRAZIONE 29/02/18

PTDV. 1582503231/12/17

Fattura per la medicina del lavoro

Int. n. 3888

del 14 FEB. 2018

- AD Amm. Delegata ☐
- DG Direzione Generale ☐
- DA Direzione Amministrativa ☐
- DT Direzione Tecnica ☐
- UAP Ufficio Affari Personali ☐
- UCM Ufficio Controlli e Monitoraggio ☐
- UCS Ufficio Controlli e Sorveglianza ☐
- UES Ufficio Economico ☐
- UIS Ufficio Informatico ☐
- UIT Ufficio Informatico ☐
- URU Ufficio Ricerche ☐
- UAG Ufficio Affari Generali ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Staff Qualità ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/10

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

All'azienda :

SPA SOC. U AMAT**VIA BATTISTI 657****74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. 231 /P del 01.02.2018

Richiesta di pagamento Num. 225 del 01.02.2018

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	SANTORO / DONATO	05.03.1969	228685	30.12.2017	60,12

Importo Totale Euro	60,12
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	60,12

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 modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180022588
Importi a debito versati	60,12

FIG	N.IVA 113
DATA DI REGISTRAZIONE 29/03/18	

P.T.W. 1582503131/12/17

Autografo per la validazione dell'atto di versamento

Prot. n.

3118

del 14 FEB. 2018

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Aperto / Controllo	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCS	Commerciale / Clienti	☐
UES	Commerciale / Servizi	☐
UKS	Informatica / Sistemi	☐
UMT	Manutenzione / Servizi	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Aperto Con F24/R. 01/03/18	☐
RAG	Uffizio Registro	☐
STO	Stato Quotidiano	☐

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
Data scadenza pagamento	
DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
09 APR. 2018	
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA	FIRMA
09/04/18	

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
19 MAR. 2018	
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA
19-03-18	

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
21.03.2018	
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	FIRMA
21.03.2018	

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: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.29/12/2017.0398604

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : SANTORO

Nome : DONATO

Sesso : M

SNTDNT69C05H882G

Data Nascita : 05/03/1969

Comune di nascita : SAN GIORGIO IONICO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

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

Visita Domiciliare n. : 228685

Data Visita : 30/12/2017

Ora Visita : 17:15

Data scadenza prognosi medico di controllo : 30/12/2017

Esito Visita : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi**AmAt**
Accordo per la mobilità nell'area di Taranto

Pia. A

11 GFN. 2018

- | | | |
|-----|---------------------------|-------------------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| ED | Direttore Generale | ☐ |
| EA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| ET | Direttore Tecnico | ☐ |
| EAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| ECM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UEB | Contabilità Bilancio | ☐ |
| UES | Contabilità / Sesta | ☐ |
| UIS | Informatica / Statistica | ☐ |
| UM | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| URU | Risorse Umane | ☒ |
| UAG | Atti Gen. PP.RR. SINISTRI | ☐ |
| UAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| UQ | Staff Qualità | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/46

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. 236 /P del 01.02.2018

Richiesta di pagamento Num. 230 del 01.02.2018

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	MOTTA / DAVIDE	26.02.1981	229431	12.01.2018	56,04

Importo Totale Euro	56,04
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	56,04

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 7800
Causale contributo VMCF
Codice INPS 78004496180023093
Importi a debito versati 56,04

RIC	N.IVA 148
DATA DI REGISTRAZIONE 19/02/18	

Adesione per la visita medica di controllo

Part. n.

14 FEB. 2018

AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commercio / Marketing ☐
UCB Contratti Esterni ☐
UES Esterni / Servizi ☐
UIS Informatica / Sistemi ☐
UMI Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.PP. S.M.S.T. ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Servizi Qualità ☐



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/46

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. 236 /P del 01.02.2018

Richiesta di pagamento Num. 230 del 01.02.2018

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:

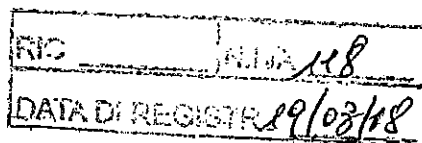
Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	MOTTA / DAVIDE	26.02.1981	229431	12.01.2018	56,04

Importo Totale Euro	56,04
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	56,04

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 7800
Causale contributo VMCF
Codice INPS 78004496180023093
Importi a debito versati 56,04



Autentica per la registrazione dell'atto di Taranto

Part. n.

14 FEB. 2018

AD Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Finanziario ☐
UAP Agenti / Controlli ☐
UCM Criminologia / Identificazione ☐
UCB Criminologia / Identificazione ☐
UES Economia / Pagine ☐
UES Informatica / Sistemi ☐
UAT Assistenza / Servizi ☐
URU Ricerche Urone ☐
UAG Affari Gen. P.P. (P. 180/181) ☐
RAG Ufficio Registraio ☐
STQ Studi Qualità ☐

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
Data scadenza pagamento 10-2-18	
DATA 09 APR. 2018	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA 09/04/18	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA 21.03.2018	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA 21.03.2018	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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA 19 MAR. 2018	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA 19-03-2018	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UNITA' AA.GG. E PP.RR. verifica conferimento incarico	
Conferimento del Prot.....	
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.	
DATA	FIRMA

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.12/01/2018.0011705

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : MTTDVD81B261449Q Cognome : MOTTA

Nome : DAVIDE

Sesso : M

Data Nascita : 26/02/1981

Comune di nascita : SARZANA

Provincia di nascita SP

Dati relativi all' Esito

Esito : Assente all'indirizzo

Visita Domiciliare n. : 229431

Data Visita : 12/01/2018

Ora Visita : 18:30

Esito Visita : Assente all'indirizzo**Amat**
Servizio per la mobilità nell'area di TarantoFid. n. **3075**
14 FEB. 2018

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| AD Amministratore Delegato | ☐ |
| DS Direttore Generale | ☐ |
| DA Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT Direttore Tecnico | ☐ |
| UP Appalti / Contratti | ☐ |
| LM Commerciale / Marketing | ☐ |
| LC Contabilità Bilancio | ☐ |
| LE Esercizio / Costi | ☐ |
| ES Informatica / Statistica | ☐ |
| ET Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| RU Risorse Umane | ☐ |
| RS Servizi Sociali, SINISTRI | ☐ |
| RG Ufficio Ragioneria | ☐ |
| ST Staff Qualità | ☐ |

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3 banche in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto nome

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

DOMICILIO FISCALE TARANTO prov. via e numero civico

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

SEZIONE ERARIO

	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					SALDO (A-B)
TOTALE A					B	

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
7800	VMCF	78004496180022982	00/0000 00/0000	74 6 9	0 0 0	
7800	VMCF	78004496180022689	00/0000 00/0000	74 3 7	0 0 0	
7800	VMCF	78006060180024608	00/0000 00/0000	65 0 8	0 0 0	
7800	VMCF	78009253180025862	00/0000 00/0000	82 5 8	0 0 0	SALDO (C-D)
TOTALE C				296 7 2	0 0 0	296 7 2

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						SALDO (E-F)
TOTALE E					F	

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Immob. versati	Acc.	Saldo	numero immobile	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
										SALDO (G-H)
TOTALE G									H	

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
								SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							SALDO (M-N)
TOTALE M						N	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 296,712

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento presentato alla banca il 19/04/2018 Conto: G 01030 15801 000000008768 Delega Inoltrata
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAR/SPORTELO	
23	04	2018	01030	15801	

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

