T488/18

AmAt

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

ESERCIZIO 2018

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 978

INPS. TARANTO

INPS FISCALE

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	978	20/06/2018			1.449,90

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: millequattrocentoquarantanove e 90 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

VISITE FISCALI DIPENDENTI

PAGAMENTO FATTURE N.

234/P, 233/P, 570/P, 513/P, 514/P, 572/P, 575/P, 574/P, 577/P, 515/P, 523/P, 516/P, 520/P, 521/P, 522/P, 531/P, 576/P, 526/P, 524/P, 573/P, 527/P, 571/P, 756/P, 755/P

IMPORTO LORDO	1.449,90
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	1.449,90

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	**IMPORTO LORDO**	1.449,90	
	PREVISIONE		
ESTREMI DELIBERA	**PROG. ORDINATIVI EMESSI**		
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA' | IL DIRIGENTE AMM.VO | IL DIRETTORE | IL PRESIDENTE

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/28**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **234 /P** del **01.02.2018**
Richiesta di pagamento Num. **228** 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	**FASANO / DOMENICO**	**23.03.1978**	**228901**	**05.01.2018**	**67,29**

Importo Totale Euro	**67,29**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**67,29**

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	**78004496180022881**
Importi a debito versati	**67,29**

RIC _____ N.IVA 120
DATA DI REGISTR. 19/03/18

Prot. n. 2996
dal 13 FEB. 2018
AD Amministratore Delegato
DG Direzione Generale
DA Direzione Amministrativa
DF Direzione Finanza
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCS Contabilità Clienti
UES Esercizio / Rete
UIS Informatica / Sistemi
UMT Manutenzione / Tecnica
UPU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. Sindacali
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/28
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **234 /P** del **01.02.2018**
Richiesta di pagamento Num. **228** 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	**FASANO / DOMENICO**	**23.03.1978**	**228901**	**05.01.2018**	**67,29**

Importo Totale Euro	**67,29**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**67,29**

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	**78004496180022881**
Importi a debito versati	**67,29**

RIC. N.IVA 120
DATA DI REGISTR. 19/03/18

Prot. n. 2996
13 FEB. 2018
AD Amministratore Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCG Controllo Gestione
UES Esercizio / Rete
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnico
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PERSM SINISTRI
RAG Ufficio Ragioneria
STO Staff Grupp

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° 21.24 del

Data scadenza pagamento
10-2-18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
20/4/18	

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 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
21-06-2018	

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

Richiesta di Visita Medica di Controllo

Alla Sede INPS: **780004 - MARTINA FRANCA**

Protocollo: **INPS.7800.04/01/2018.0002750**

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 di controllo sullo stato di salute del lavoratore sotto citato, il quale ha comunicato di essere ammalato. Il datore di lavoro con ciò si impegna a rimborsare all'INPS il costo del servizio reso dietro richiesta di pagamento da parte dell'Istituto (escluse le visite richieste nell'ambito del Polo Unico, ex d.lgs. 75/2017).

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 : **FSNDNC78C23E986H** Cognome : **FASANO** Nome : **DOMENICO** Sesso : **M**

Data Nascita : **23/03/1978** Comune di nascita : **MARTINA FRANCA** Provincia di nascita **TA**

Indirizzo di residenza

Indirizzo : **VIA MADONNA PICCOLA ZONA G N. 21/B**

CAP : **74015** Comune : **MARTINA FRANCA** 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 : **05/01/2018** Ora Visita : **Pomeridiana**

Data Richiesta : **04/01/2018** Ora Richiesta : **10.58**

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : **03/01/2018** Data Fine Malattia : **05/01/2018** La malattia NON E' intervenuta in un periodo di ferie.

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : **7800449608/19**
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. **233 /P** del **01.02.2018**
Richiesta di pagamento Num. **227** 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	**COSTANTINO / GIOVANNI**	**18.10.1972**	**228719**	**31.12.2017**	**72,82**

Importo Totale Euro	**72,82**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**72,82**

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	**78004496180022780**
Importi a debito versati	**72,82**

RIC _____ N.IVA 116
DATA DI REGISTR. 19/03/19
FRV 15829 del 31/12/17

Fatturato per lo pertinente ufficio di Taranto
Prot. n. 2995
del 13 FEB. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Dir. Risorse Comm.le ☐
DA Direzione Amministrativa ☐
DT Direzione Tecnica ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Clienti ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PERS. STATISTICA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/19
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. **233 /P** del **01.02.2018**
Richiesta di pagamento Num. **227** 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	**COSTANTINO / GIOVANNI**	**18.10.1972**	**228719**	**31.12.2017**	**72,82**

Importo Totale Euro	**72,82**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**72,82**

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	**78004496180022780**
Importi a debito versati	**72,82**

RIC _____ MINV 116
DATA DI REGISTR. 19/03/19
FRV 15829 del 31/12/17

Fatture per la registrazione pervenute al Protocollo
Prot. n. 2995
del 13 FEB. 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direzione Amministrativa ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contenzioso Clienti ☐
UES Esercizio / Gestione ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Officina ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PR.PR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff 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° Art. 24 RNT del

Data scadenza pagamento 10-2-18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
26/4/18	

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 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
21-06-2018	

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

Richiesta di Visita Medica di Controllo

Alla Sede INPS: **780002 - GROTTAGLIE**

Protocollo: **INPS.7800.31/12/2017.0399569**

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 di controllo sullo stato di salute del lavoratore sotto citato, il quale ha comunicato di essere ammalato. Il datore di lavoro con ciò si impegna a rimborsare all'INPS il costo del servizio reso dietro richiesta di pagamento da parte dell'Istituto (escluse le visite richieste nell'ambito del Polo Unico, ex d.lgs. 75/2017).

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 : COORDINATORI@AMAT.TA.IT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : CSTGNN72R18L049E Cognome : COSTANTINO Nome : GIOVANNI Sesso : M

Data Nascita : 18/10/1972 Comune di nascita : TARANTO Provincia di nascita TA

Indirizzo di residenza

Indirizzo : VIA UNITA' D'ITALIA N.3

CAP : 74026 Comune : PULSANO 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 : **31/12/2017** Ora Visita : **Antimeridiana**

Data Richiesta : 31/12/2017 Ora Richiesta : 7.13

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 30/12/2017 Data Fine Malattia : 31/12/2017 La malattia NON E' intervenuta in un periodo di ferie.

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/05**
Partita IVA : **00000000000**
Codice Fiscale : **00146330733**

24786

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 C. BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **570 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **516** del **12.03.2018**

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	**SCIROCCALE / COSIMO**	**09.10.1961**	**228806**	**03.01.2018**	**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	**78009253180051623**
Importi a debito versati	**52,40**

Protocollo per la regolarità contabile e fiscale
Prot. n. 6663
del 10 APR. 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Clienti ☐
UES Esercizio / Gestione ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Servizio ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PERS. SINDSTRA ☐
RAG Uffici Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
_____ ☐

RICEVUTO N. 225
DATA 23 04.18

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7804925317/05
Partita IVA : 00000000000
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 C. BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **570 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **516** del **12.03.2018**

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	**SCIROCCALE / COSIMO**	**09.10.1961**	**228806**	**03.01.2018**	**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	**78009253180051623**
Importi a debito versati	**52,40**

Prot. n. 6663
del 10 APR. 2018

225
23.04.18

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° Avì. 24 1K2 del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
04/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
23 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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.7800.03/01/2018.0001438**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **SCRCSM61R09L049A**
Cognome : **SCIROCCALE**
Nome : **COSIMO**
Sesso : **M**
Data Nascita : **09/10/1961**
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. : **228806**
Data Visita : **03/01/2018**
Ora Visita : **17:45**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **04/01/2018**
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. 916
del 15 GEN. 2018
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. PP.RR. SINISTRI ☐
UAC Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/20**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

247896

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. **513 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **459** del **12.03.2018**

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	**SCARCI / DAVIDE**	**09.07.1978**	**228807**	**03.01.2018**	**61,05**

Importo Totale Euro	**61,05**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,05**

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	**78004496180045914**
Importi a debito versati	**61,05**

NO INV. 224
DATA DI RICEZIONE 22.04.18

Prot. n. 6665
10 APR. 2018
del
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Controllo Bilancio ☐
UES Esercizio / Soste ☐
UIS Informatica / Segnaletica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SMIST.TM. ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/20
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. **513 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **459** del **12.03.2018**

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	**SCARCI / DAVIDE**	**09.07.1978**	**228807**	**03.01.2018**	**61,05**

Importo Totale Euro	**61,05**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,05**

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	**78004496180045914**
Importi a debito versati	**61,05**

224
22.04.18

Protocollo per la regolarità nell'iter di Tesoreria
Prot. n. 6665
10 APR. 2018
dal
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Controllo Budget ☐
UES Esercizio / Sede ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Termica ☐
DRU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Uffici Ragioneria ☐
STD Staff 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° Art. 24 SST del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
25/5/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
23 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
9-06-2018	

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: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.03/01/2018.0001446**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **SCRDVD78L09L049V** Cognome : **SCARCI** Nome : **DAVIDE** Sesso : **M**
Data Nascita : **09/07/1978** Comune di nascita : **TARANTO** Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro**
Visita Domiciliare n. : **228807**
Data Visita : **03/01/2018** Ora Visita : **17:45**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **03/01/2018**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 917
Data 15 GEN. 2018
AD 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 ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Segreteria ☐
STO Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/29**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

24184

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

All'azienda :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **514 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **460** del **12.03.2018**

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	**LANZILLOTTA / PAOLA**	**21.03.1963**	**228905**	**06.01.2018**	**72,82**

Importo Totale Euro	**72,82**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**72,82**

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	**78004496180046025**
Importi a debito versati	**72,82**

NO N.V. 223
DATA DI REGISTR. 22.04.18

Prot. n. 6666
del 10 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Spese
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI
RAG Ufficio Ragioneria
STO Staff Quality

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/29
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

24896

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

All'azienda :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **514 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **460** del **12.03.2018**

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	**LANZILLOTTA / PAOLA**	**21.03.1963**	**228905**	**06.01.2018**	**72,82**

Importo Totale Euro	**72,82**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**72,82**

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	**78004496180046025**
Importi a debito versati	**72,82**

223
22.04.18

Prot. n. 6666
del 10 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sesto
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
DRU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.AA. SINISTRI
RAG Ufficio Ragioneria
STC Staff 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° Art. 24 Dlt del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
04/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
23 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.04/01/2018.0002771**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **LNZPLA63C61L049V** Cognome : **LANZILLOTTA** Nome : **PAOLA** Sesso : **F**
Data Nascita : **21/03/1963** Comune di nascita : **TARANTO** Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro**
Visita Domiciliare n. : **228905**
Data Visita : **06/01/2018** Ora Visita : **10:00**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **06/01/2018**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro**

AmAt
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 1063
16 GEN. 2018
AD 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
UAG Affari Gen. PERSONE SINISTRI
RAG Uffic. Ragioneria
STQ Staff Qualità

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/07**
Partita IVA : **00000000000**
Codice Fiscale : **00146330733**

247896 52 95 0004 ES 3

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 C. BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **572 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **518** del **12.03.2018**

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	**ROMANAZZI / GIUSEPPE**	**08.03.1963**	**228817**	**04.01.2018**	**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	**78009253180051825**
Importi a debito versati	**52,40**

RIC IN.IVA 198
DATA DI REGISTR. 27.04.18

Protocollo per la tenuta nell'area di Taranto
Prot. n. 5786
del 26 MAR. 2018
AD Amministratore Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Centro Sist. Informativo
UES Esercizio / Rete
UKS Manutenzione / Sicurezza
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PERR. SIRESTRE
UAG Ufficio Ragioneria
STO Staff Uffici

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7804925317/07
Partita IVA : 00000000000
Codice Fiscale : 00146330733

247896 52,40 ES 3

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 C. BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **572 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **518** del **12.03.2018**

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	**ROMANAZZI / GIUSEPPE**	**08.03.1963**	**228817**	**04.01.2018**	**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	**78009253180051825**
Importi a debito versati	**52,40**

RIC. INV. 198
DATA DI RICEZIONE 27.04.18

Protocollo per la tenuta informatica del Protocollo
Prot. n. 5786
del 26 MAR. 2018
AD Amministratore Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità / Bilancio
UES Esercizio / Rete
UIS Informatica / Sistemi
UMT Manutenzione / Mezzi
UPU Protezione Ambiente
UVG Affari Gen. / Segr. Gen. / Segreteria
UAG Ufficio Legale
UTC Staff Uffici

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° Art. 24 Stat del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
04/05/18	

UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
17 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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
19 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
19 APR. 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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.03/01/2018.0001482**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **RMNGPP63C08L049N**
Cognome : **ROMANAZZI**
Nome : **GIUSEPPE**
Sesso : **M**
Data Nascita : **08/03/1963**
Comune di nascita : **TARANTO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro**
Visita Domiciliare n. : **228817**
Data Visita : **04/01/2018**
Ora Visita : **10:20**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **04/01/2018**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro**

AmAt
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 919
del 15 GEN. 2018
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. PP.RR. SINISTRI ☐
UAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/15**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **575 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **521** del **12.03.2018**

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	**TERLIZZESE / LEONARDO**	**19.04.1959**	**229814**	**20.01.2018**	**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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78009253180052138**
Importi a debito versati	**58,26**

RIC NUVA 208
DATA DI REGISTR. 18.04.18

Protocollo per la tenuta informatica di Taranto
Prot. n. 5577
del 21 MAR. 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Clienti ☐
UES Esercizio / Gestione ☐
UIS Informatica / Sistemi ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PERR. SIMSTRA ☐
RAG Ufficio Regionale ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/15**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **575 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **521** del **12.03.2018**

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	**TERLIZZESE / LEONARDO**	**19.04.1959**	**229814**	**20.01.2018**	**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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78009253180052138**
Importi a debito versati	**58,26**

RIC. M.V. 208
DATA DI RICEZIONE 11.04.18

Prot. n. 5577
21 MAR. 2018
del
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Clienti ☐
UES Esercizio / Rete ☐
UIS Manutenzione / Impianti ☐
UMT Manutenzione / Mezzi ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. [illegible] ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff 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° Art. 29 del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
17 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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
9 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
9 APR. 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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.19/01/2018.0020019**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **TRLLRD59D19L049P** Cognome : **TERLIZZESE** Nome : **LEONARDO** Sesso : **M**
Data Nascita : **19/04/1959** 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. : **229814**
Data Visita : **20/01/2018** Ora Visita : **18:36**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **20/01/2018**
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. 1752
25 GEN. 2018
Amministratore Delegato
Direzione Generale
Direzione Amministrativa
Direzione Tecnica
Ufficio Contratti
Commercialista / Marketing
Contabilità
Esercizio / Gestione
Informatica / Statistica
Ufficio Tecnico
Risorse Umane
Ufficio Legale
Staff Direzione

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/13**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **574 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **520** del **12.03.2018**

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	**LEONE / ANTONIO**	**02.06.1966**	**229444**	**14.01.2018**	**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	**78009253180052037**
Importi a debito versati	**74,37**

Prot. n. 5576
del 21 MAR. 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Clienti ☐
UES Esercizio / Gestione ☐
UKS Manutenzione / Sicurezza ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PERR. SINISTRI ☐
RAG Unità Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

N. RA 208
DATA DI RIGISTR. 18.04.18

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7804925317/13
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **574 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **520** del **12.03.2018**

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	**LEONE / ANTONIO**	**02.06.1966**	**229444**	**14.01.2018**	**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	**78009253180052037**
Importi a debito versati	**74,37**

Prot. n. 5576
del 21 MAR. 2018
AD Amministratore Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Clienti
UES Esercizio / Gare
UIS Informatica / Sistemi
UMT Manutenzione / Officina
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PERSR. SEGRETR.
PAG Uffici Periferici
STQ Staff Qualità

DATA DI RICEZIONE 18.04.18

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° Art. 24 Sxx. del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
03/05/2018	

UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
17 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
11-06-2018	

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
19 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
19 APR. 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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.12/01/2018.0011750**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **LNENTN66H02L049Q** Cognome : **LEONE** Nome : **ANTONIO** Sesso : **M**
Data Nascita : **02/06/1966** Comune di nascita : **TARANTO** Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro**
Visita Domiciliare n. : **229444**
Data Visita : **14/01/2018** Ora Visita : **10:00**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **14/01/2018**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 1752
25 GEN. 2018
Amm.re Delegato
Direttore Generale
Direttore Amministrativo
Direttore Tecnico
Appalti / Contratti
Commerciale Marketing
Contabilità Bilancio
Esercizio / Sosta
Informatica / Statistica
Manutenzione / Tecnica
Risorse Umane
Affari Contratti, Sinistri
Ufficio Ragioneria
Staff Qualità

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/17**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **577 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **523** del **12.03.2018**

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	**ANNICCHIARICO / ANGELA**	**05.04.1972**	**230105**	**27.01.2018**	**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	**78009253180052330**
Importi a debito versati	**52,40**

Indicato per la trattazione nell'area di interesse
Prot. n. 5785
del 26 MAR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Gestio
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
UAU Ufficio Unico
UAG Affari Gen. PERR. SINDSTRA
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

RIC N.IVA 199
DATA DI REGISTR. 17.04.18

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/17**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **577 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **523** del **12.03.2018**

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	**ANNICCHIARICO / ANGELA**	**05.04.1972**	**230105**	**27.01.2018**	**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	**78009253180052330**
Importi a debito versati	**52,40**

Prot. n. 5785
26 MAR. 2018
dal
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Esazione
UIS Informatica / Sistemi
UMT Manutenzione / Tecnica
UFSU Ufficio Studi
UAG Area Gen. Pers. Segretariato
RAG Unità Ragioneria
STQ Staff Qualità

RIC
N.IVA 199
DATA DI PROTOCOLLO 17.04.18

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° Art. 24 Stat del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
25/5/18	

UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
17 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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
9 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
9 APR. 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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.24/01/2018.0025151**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **NNCNGL72D45L049B**
Cognome : **ANNICCHIARICO**
Nome : **ANGELA**
Sesso : **F**
Data Nascita : **05/04/1972**
Comune di nascita : **TARANTO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, Incapace al lavoro**
Visita Domiciliare n. : **230105**
Data Visita : **27/01/2018**
Ora Visita : **11:00**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **03/02/2018**
Esito Visita : **Visitato, Incapace al lavoro**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2205
del 01 FEB 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UFS Finanziaria / Sosta ☐
US Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
URC Affari Gen. PERS. SINISTRI ☐
URG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod.VMC/Inf.1 elaborato il: 01/02/2018 alle ore: 10.12.04

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/30**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

247896

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

All'azienda :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **515 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **461** del **12.03.2018**

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	**LOPRETE / SANTO BRUNO**	**02.10.1962**	**228917**	**06.01.2018**	**72,51**

Importo Totale Euro	**72,51**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**72,51**

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	**78004496180046126**
Importi a debito versati	**72,51**

MO N° 222
DATA DI REGISTR. 23.04.18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6667
del 10 APR. 2018

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

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/30
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

247886

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

All'azienda :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **515 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **461** del **12.03.2018**

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	**LOPRETE / SANTO BRUNO**	**02.10.1962**	**228917**	**06.01.2018**	**72,51**

Importo Totale Euro	**72,51**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**72,51**

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	**78004496180046126**
Importi a debito versati	**72,51**

222
23.04.18

Prot. n. 6667
del 10 APR. 2018

AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Controllo Bilancio ☐
UES Esercizio / Sede ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
DRU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Affari Rapporti ☐
STO Staff 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° 24 del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
03/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
23 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
28-06-2018	

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: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.04/01/2018.0002808**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **LPRSTB62R02B198P** Cognome : **LOPRETE** Nome : **SANTO BRUNO** Sesso : **M**
Data Nascita : **02/10/1962** Comune di nascita : **BROLO** Provincia di nascita **ME**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi**
Visita Domiciliare n. : **228917**
Data Visita : **06/01/2018** Ora Visita : **18:08**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **06/01/2018**
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. 1380
del 19 GEN 2018
- Amministratore Delegato ☐
- Direttore Generale ☐
- Direttore Amministrativo ☐
- Direttore Tecnico ☐
- Appalti / Contratti ☐
- Commerciale / Marketing ☐
- Contabilità Bilancio ☐
- Esercizio / Sosta ☐
- Informatica / Statistica ☐
- Manutenzione / Tecnica ☐
- RU Risorse Umane ☐
- Affari Gen. PERS. SINISTRI ☐
- Ufficio Ragioneria ☐
- Staff Qualità ☐
- ☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

217896

Matricola INPS : **7800449608/54**
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. **523 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **469** del **12.03.2018**

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	**MARTURANO / COSIMO**	**20.09.1973**	**229878**	**21.01.2018**	**63,55**

Importo Totale Euro	**63,55**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**63,55**

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	**78004496180046924**
Importi a debito versati	**63,55**

INV 218
DATA DI REGISTR. 20/04/18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6669
del 10 APR. 2018
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. PP.RR. SINDSTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/54
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. **523 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **469** del **12.03.2018**

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	**MARTURANO / COSIMO**	**20.09.1973**	**229878**	**21.01.2018**	**63,55**

Importo Totale Euro	**63,55**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**63,55**

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	**78004496180046924**
Importi a debito versati	**63,55**

218
20/04/18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6669
del 10 APR. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Soste ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff 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° Art. 24 Ftx. del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
04/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
23 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
11-06-2018	

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.7800.21/01/2018.0021761**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **MRTCSM73P20L049I** Cognome : **MARTURANO** Nome : **COSIMO** Sesso : **M**
Data Nascita : **20/09/1973** 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. : **229878**
Data Visita : **21/01/2018** Ora Visita : **11:38**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **21/01/2018**
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. 2633
del 30 GEN. 2018
AD 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 ☐
UAG Affari Gen. PERR. SINISTRI ☐
URAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
_____ ☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/38**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

247886

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. **516 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **462** del **12.03.2018**

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	**NIGRO / IVAN**	**03.02.1987**	**229001**	**07.01.2018**	**70,03**

Importo Totale Euro	**70,03**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**70,03**

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	**78004496180046227**
Importi a debito versati	**70,03**

NO ... PROV. 221
DATA DI REGISTR. 23.04.18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6668
del 10 APR. 2018
AD Amm.re Delegato -
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Commerciale Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/38
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

247886

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. **516 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **462** del **12.03.2018**

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	NIGRO / IVAN	03.02.1987	229001	07.01.2018	70,03

Importo Totale Euro	70,03
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	70,03

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	78004496180046227
Importi a debito versati	70,03

Prot. n. 6668
del 10 APR. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Commerciale Bianco ☐
UES Esercizio / Sede ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen., PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐

221
23.04.18

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° Art. 24 Stat. del

Data scadenza pagamento
22-3-18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
05/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
23 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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.7800.06/01/2018.0004853**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **NGRVNI87B03L049X** Cognome : **NIGRO** Nome : **IVAN** Sesso : **M**
Data Nascita : **03/02/1987** 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. : **229001**
Data Visita : **07/01/2018** Ora Visita : **10:17**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **07/01/2018**
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. 1380
19 GEN 2018
- Amministratore Delegato ☐
- Direttore Generale ☐
- Direttore Amministrativo ☐
- Direttore Tecnico ☐
- Appalti / Contratti ☐
- Commerciale / Marketing ☐
- Contabilità Bilancio ☐
- Esercizio / Sosta ☐
- Informatica / Statistica ☐
- Manutenzione / Tecnica ☐
- Risorse Umane ☐
- [illegible] ☐
- Ufficio Ragioneria ☐
- Staff Direzione ☐
- ☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/47**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **520 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **466** del **12.03.2018**

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	**MARANGELLA / GIANLUCA**	**06.06.1975**	**229434**	**12.01.2018**	**61,36**

Importo Totale Euro	**61,36**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,36**

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	**78004496180046621**
Importi a debito versati	**61,36**

Prot. n. 6170
del 03 APR. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Commerciale Bozzolo ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
UFCU Ragione Umana ☐
UAG Affari Gen. e RR. Sind. STAL ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Gestione ☐
☐

INV. 236
26.04.18

[illegible]

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/47
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **520 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **466** del **12.03.2018**

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	**MARANGELLA / GIANLUCA**	**06.06.1975**	**229434**	**12.01.2018**	**61,36**

Importo Totale Euro	**61,36**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,36**

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	**78004496180046621**
Importi a debito versati	**61,36**

Prot. n. 6170
del 03 APR. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCE Controllo Esercizio ☐
UES Esercizio / Sede ☐
UIS Informatica / Sistemi ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
UPU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. e RR. SINDACALI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Uscite ☐

736
26.04.18

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° Art. 24 Sat del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
03/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
27 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
26 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.12/01/2018.0011715**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **MRNGLC75H06L049C**
Cognome : **MARANGELLA**
Nome : **GIANLUCA**
Sesso : **M**
Data Nascita : **06/06/1975**
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. : **229434**
Data Visita : **12/01/2018**
Ora Visita : **18:02**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **12/01/2018**
Esito Visita : **Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi**

AMAT
Vigilanza per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 1752
25 GEN. 2018
Amm.re Delegato
Direttore Generale
Direttore Amministrativo
Direttore Tecnico
Appalti / Contratti
Commerciale / Marketing
Contabilità Bilancio
Esercizio / Gestione
Informatica / Statistica
Manutenzione Tecnica
Risorse Umane
Ufficio Ragioneria
Staff Qualità

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/52**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

2/1886

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

All'azienda :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **521 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **467** del **12.03.2018**

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	**STELLA / PAOLO**	**15.08.1970**	**229812**	**19.01.2018**	**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	**78004496180046722**
Importi a debito versati	**52,40**

52.95 .000

Prot. n. 6171
del 03 APR. 2018

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

N° IVA 235
DATA CONTABILIZZAZIONE 26.04.18

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/52
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

2/7886

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

All'azienda :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **521 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **467** del **12.03.2018**

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	**STELLA / PAOLO**	**15.08.1970**	**229812**	**19.01.2018**	**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	**78004496180046722**
Importi a debito versati	**52,40**

Prot. n. 6171
03 APR. 2018

52,95 ok

235
26.04.18

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° Art. 26 SAX del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
04/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
27 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
26 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
26-06-2018	

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.7800.19/01/2018.0020008**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **STLPLA70M15L049K** Cognome : **STELLA** Nome : **PAOLO** Sesso : **M**
Data Nascita : **15/08/1970** Comune di nascita : **TARANTO** Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**
Visita Domiciliare n. : **229812**
Data Visita : **19/01/2018** Ora Visita : **18:10**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 1752
25 GEN. 2018
Amministratore Delegato ☐
Direttore Generale ☐
Direttore Amministrativo ☐
Direttore Tecnico ☐
Affari Generali ☐
Commerciale / Marketing ☐
Contabilità Bilancio ☐
Esercizio Finanziario ☐
Informatica / Statistica ☐
Pianificazione / Tecnico ☐
Risorse Umane ☐
Ufficio Legale ☐
Staff Qualità ☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : **7800449608/53**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **522 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **468** del **12.03.2018**

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	**SMIRAGLIA / GIOVANNI**	**23.06.1959**	**229817**	**20.01.2018**	**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	**78004496180046823**
Importi a debito versati	**52,40**

RO N. 234
DATA DI RICEZIONE 26.04.18

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6172
del 03 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Soste
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/53
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **522 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **468** del **12.03.2018**

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	**SMIRAGLIA / GIOVANNI**	**23.06.1959**	**229817**	**20.01.2018**	**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	**78004496180046823**
Importi a debito versati	**52,40**

234
26.04.18

Acquisito per la regolarità dell'atto di Taranto
Prot. n. 6172
del 03 APR. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sede ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. STRATEGICI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff 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° Art. 24 Reg. del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
24/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
27 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
26 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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.7800.19/01/2018.0020029**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **SMRGNN59H23L049A**
Cognome : **SMIRAGLIA**
Nome : **GIOVANNI**
Sesso : **M**
Data Nascita : **23/06/1959**
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. : **229817**
Data Visita : **20/01/2018**
Ora Visita : **17:39**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **21/01/2018**
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. 1752
25 GEN. 2018
Amministratore Delegato
Direzione Generale
Direttore Amministrativo
Direttore Tecnico
Appalti - Contratti
Commerciale - Marketing
Contabilità - Bilancio
Esercizio - Sosta
Informatica - Statistica
Manutenzione - Tecnico
Risorse Umane

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/62**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **531 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **477** del **12.03.2018**

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	**BIDOLI / GIANPAOLO**	**14.08.1959**	**230243**	**27.01.2018**	**49,84**

Importo Totale Euro	**49,84**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**49,84**

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	**78004496180047732**
Importi a debito versati	**49,84**

INPS Prot. 241 27.04.18 DATA DI REGISTRAZ.

INPS
Agenzia per la gestione sull'area di Taranto
Prot. n. 6442
del 09 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sesta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. STATISTICA
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/62
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **531 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **477** del **12.03.2018**

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	**BIDOLI / GIANPAOLO**	**14.08.1959**	**230243**	**27.01.2018**	**49,84**

Importo Totale Euro	49,84
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	49,84

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	**78004495180047732**
Importi a debito versati	**49,84**

241
27.04.18

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6442
del 09 APR. 2018
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. PP.RR. SMISTR. ☐
RVG Ufficio Regolarità ☐
STQ Staff 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° Art. 24 Sax del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
08/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
27 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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.7800.26/01/2018.0028924**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **BDLGPL59M14L049K**
Cognome : **BIDOLI**
Nome : **GIANPAOLO**
Sesso : **M**
Data Nascita : **14/08/1959**
Comune di nascita : **TARANTO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Assente all'indirizzo**
Visita Domiciliare n. : **230243**
Data Visita : **27/01/2018**
Ora Visita : **11:46**
Esito Visita : **Assente all'indirizzo**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2018
del 29 GEN. 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
AC Appalti / Contratti ☐
CM Commerciale / Marketing ☐
AB Contabilità Bilancio ☐
ES Esercizio / Sosta ☐
IS Informatica / Statistica ☐
MT Manutenzione / Tecnica ☐
RU Risorse Umane ☐
SP SPESTA ☐
UAG Ufficio ☐
STO ☐
☐

Mod.VMC/Inf.1 elaborato il: 29/01/2018 alle ore: 16.28.51

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : **7804925317/16**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **576 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **522** del **12.03.2018**

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	**DE GIORGIO / MARIA**	**14.02.1971**	**230101**	**25.01.2018**	**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	**78009253180052239**
Importi a debito versati	**52,40**

RIC | IVA 209
DATA DI REGISTR. 17.04.18

Protocollo per la modalità informatica di Protocollo
Prot. n. 5578
del 21 MAR. 2018
/D Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Gestione
UIS Informazioni / Statistica
UMT Manutenzione / Officina
UPU Pianificazione Urbana
UAG Affari Gen. PERS. SICUREZZA
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : **7804925317/16**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **576 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **522** del **12.03.2018**

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	**DE GIORGIO / MARIA**	**14.02.1971**	**230101**	**25.01.2018**	**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	**78009253180052239**
Importi a debito versati	**52,40**

RIC. N. 209
DATA DI RICEZIONE 17.04.18

5578
Prot. n.
21 MAR. 2018
del
AD Amministratore Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Clienti
UES Esercizio / Rete
UIS Informatica / Sistemi
UMT Manutenzione / Officina
UPU Personale / Paghe
UAG Affari Gen. / PERR DIPSOTTO
RAG Uffici Ragioneria
STQ Staff 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° Art. 24 Sgt del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
03/05/18	

UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
17 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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
19 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
19 APR. 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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.24/01/2018.0025099**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **DGRMRA71B54L049G**
Cognome : **DE GIORGIO**
Nome : **MARIA**
Sesso : **F**
Data Nascita : **14/02/1971**
Comune di nascita : **TARANTO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**
Visita Domiciliare n. : **230101**
Data Visita : **25/01/2018**
Ora Visita : **10:00**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**

Prot. n. 2033
30 GEN. 2018

- Amministratore Delegato ☐
- Direttore Generale ☐
- Direttore Amministrativo ☐
- Direttore Tecnico ☐
- Appalti / Contratti ☐
- Commerciale / Marketing ☐
- Contabilità / Bilancio ☐
- Esercizio / Rete ☐
- Informatica / Statistica ☐
- Manutenzione / Tecnica ☐
- Risorse Umane ☐
- Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
- Ufficio Ragioneria ☐
- Staff Qualità ☐
- ☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/57**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **526 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **472** del **12.03.2018**

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	**SCARCI / FILOMENA**	**23.04.1971**	**230098**	**24.01.2018**	**39,02**

Importo Totale Euro	**39,02**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**39,02**

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	**78004496180047237**
Importi a debito versati	**39,02**

NO IVA 229
DATA DI REGISTR. 23 04. 18

AMAT
Azienda per la mobilità nel Comune di Taranto
Prot. n. 7074
del 16 APR. 2018

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 PP.RR SEGRETARIO ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/57
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **526 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **472** del **12.03.2018**

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	**SCARCI / FILOMENA**	23.04.1971	230098	24.01.2018	39,02

Importo Totale Euro	39,02
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	39,02

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	78004496180047237
Importi a debito versati	39,02

229
23.04.18

Prot. n. 7074
del 16 APR. 2018

AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sedi ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen PP.RR Stat.STRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff 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° Art. 24 Sgr del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
08/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
23 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21.06.2018	

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.7800.24/01/2018.0025078**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **SCRFMN71D63L049D**
Cognome : **SCARCI**
Nome : **FILOMENA**
Sesso : **F**
Data Nascita : **23/04/1971**
Comune di nascita : **TARANTO**
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. : **230098**
Data Visita : **24/01/2018**
Ora Visita : **17:14**
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
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2033
del 30 GEN 2018
Amministratore Delegato
Direttore Generale
Direttore Amministrativo
Direttore Tecnico
Appalti / Contratti
Commerciale / Marketing
Contabilità Bilancio
Esercizio / Sosta
Informatica / Statistica
Manutenzione / Tecnica
Risorse Umane
Affari Gen. PERS. SINISTRI
RAG Ufficio Ragioneria
STO Staff Qualità

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/55**
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. **524 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **470** del **12.03.2018**

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	**DI BELLA / LUCA**	**13.09.1977**	**229879**	**21.01.2018**	**74,99**

Importo Totale Euro	**74,99**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**74,99**

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	**78004496180047035**
Importi a debito versati	**74,99**

NO ... INV. 228
DATA DI RICEZIONE 23.04.18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 7075
del 16 APR. 2018
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. PP.RR. SindSTM
UVG Ufficio Vigilanza
STU Staff Qualità

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/55
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. **524 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **470** del **12.03.2018**

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	**DI BELLA / LUCA**	**13.09.1977**	**229879**	**21.01.2018**	**74,99**

Importo Totale Euro	**74,99**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**74,99**

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	**78004496180047035**
Importi a debito versati	**74,99**

N. 228
23.04.18

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 7075
del 16 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Controllo Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PERS. STATISTICA
UVG Ufficio Vigilanza
STU Staff 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° Art. 24 Stat del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
04/5/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
23 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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.7800.21/01/2018.0021762**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **DBLLCU77P13L049Q** Cognome : **DI BELLA** Nome : **LUCA** Sesso : **M**
Data Nascita : **13/09/1977** Comune di nascita : **TARANTO** Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**
Visita Domiciliare n. : **229879**
Data Visita : **21/01/2018** Ora Visita : **17:09**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2033
30 GEN 2018
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 ☐
UAC Affari Gen. / CORR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/11**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

247886

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

All'azienda :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **573 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **519** del **12.03.2018**

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	**FIORINO / MARIA**	**07.01.1977**	**229277**	**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	**78009253180051926**
Importi a debito versati	**52,40**

Allegato per la modalità dell'invio di Tesoreria

Prot. n. 6443
del 09 APR. 2018

AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Controlli ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Gestioni ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
SRU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Unità Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

RIP. 240
DATA DI RICEZIONE 27.04.18

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7804925317/11
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

247886

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

All'azienda :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **573 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **519** del **12.03.2018**

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	**FIORINO / MARIA**	**07.01.1977**	**229277**	**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	**78009253180051926**
Importi a debito versati	**52,40**

Autorizzo per la regolarità nell'area di Tesoreria
Prot. n. 6643
del 09 APR. 2018
/AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Clienti
UES Esercizio / Rete
UIS Informatica / Sistemi
UMT Manutenzione / Tecnica
SPLU Protocollo Generale
UAG Affari Gen. Personale Segreteria
RAG Affari Legali
STC Staff Direzione

240
DATA PAGAMENTO 27.04.18

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° Art. 24 Kt del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
03/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
27 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-06-2018	

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.7800.10/01/2018.0008037**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **FRNMRA77A47L049X**
Cognome : **FIORINO**
Nome : **MARIA**
Sesso : **F**
Data Nascita : **07/01/1977**
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. : **229277**
Data Visita : **13/01/2018**
Ora Visita : **17:35**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **13/01/2018**
Esito Visita : **Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi**

AMAT
Mobilità per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 1752
25 GEN. 2018
Amministratore Delegato
Direttore Generale
Direttore Amministrativo
Direttore Tecnico
Ufficio Contratti
Commerciale Marketing
Commerciale Tecnico
Esercizio Sosta
Informatica Statistica
Manutenzione Impianti
Risorse Umane
Ufficio Ragioneria
Staff Quality

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/58**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **527 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **473** del **12.03.2018**

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	**DI PONZIO / CATALDO**	**01.02.1975**	**230099**	**24.01.2018**	**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	**78004496180047338**
Importi a debito versati	**52,40**

PRO. N. 227
DATA DI REGISTR. 23.04.18

Prot. n. 7076
del 16 APR. 2018

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 ☐
DRU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTM ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/58
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **527 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **473** del **12.03.2018**

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	**DI PONZIO / CATALDO**	**01.02.1975**	**230099**	**24.01.2018**	**52,40**

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

Esentè 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	**78004496180047338**
Importi a debito versati	**52,40**

227
23 04 18

Prot. n. 7076
del 16 APR. 2018

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 / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PR.RR. STRISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff 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° Art. 24 del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
08/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
23 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
11-06-2018	

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.7800.24/01/2018.0025087**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **DPNCLD75B01L049G**
Cognome : **DI PONZIO**
Nome : **CATALDO**
Sesso : **M**
Data Nascita : **01/02/1975**
Comune di nascita : **TARANTO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**
Visita Domiciliare n. : **230099**
Data Visita : **24/01/2018**
Ora Visita : **17:22**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2033
del 30 GEN. 2018

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

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/06**
Partita IVA : **00000000000**
Codice Fiscale : **00146330733**

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

47896

All'azienda :
SPA SOC. U AMAT
VIA C. BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **571 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **517** del **12.03.2018**

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	**BARBALINARDO / LEONARDANTONIO**	**31.07.1964**	**228813**	**03.01.2018**	**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	**78009253180051724**
Importi a debito versati	**52,40**

Prot. n. 6664
10 APR. 2018
del

AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sede ☐
UIS Informatica / Sistemi ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PERS. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

INO INVIA 226
DATA DI RICEZIONE 23.04.18

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/06**
Partita IVA : **00000000000**
Codice Fiscale : **00146330733**

47886

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 C. BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **571 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **517** del **12.03.2018**

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	**BARBALINARDO / LEONARDANTONIO**	**31.07.1964**	**228813**	**03.01.2018**	**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	**78009253180051724**
Importi a debito versati	**52,40**

Allegato per la trattazione all'area di Taranto
Prot. n. 6664
del 10 APR. 2018
AD Area Delegati
DG Direzione Generale
DA Direzione Amministrativa
DT Direzione Tecnica
UAP Appalti / Contratti
UCM Commercio / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sede
UIC Informatica / Sistemi
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PREV. SOCIETÀ
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

Prot. 226
DATA 23.04.18

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° Art. 24 del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
03/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
23 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
23 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
21-05-2018	

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.7800.03/01/2018.0001459**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **BRBLRD64L31L049Y** Cognome : **BARBALINARDO** Nome : **LEONARDANTONIO** Sesso : **M**
Data Nascita : **31/07/1964** 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. : **228813**
Data Visita : **03/01/2018** Ora Visita : **17:00**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **03/01/2018**
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. 918
15 GEN. 2018

- AD 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 ☐
- UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
- URAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Staff Qualità ☐
- ☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/89**
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **756 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **702** del **19.03.2018**

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	**NIGRO / VINCENZO**	**02.01.1957**	**231373**	**17.02.2018**	**70,97**

Importo Totale Euro	**70,97**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**70,97**

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	**78004496180070260**
Importi a debito versati	**70,97**

RIC. N. IVA 233
DATA DI RICEZIONE 26.04.18

AMAT
Prot. n. 7597
dal 23 APR. 2018

AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sede ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SIMSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Cantiere ☐
_____ ☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/89
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 :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **756 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **702** del **19.03.2018**

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	**NIGRO / VINCENZO**	**02.01.1957**	**231373**	**17.02.2018**	**70,97**

Importo Totale Euro	**70,97**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**70,97**

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	**78004496180070260**
Importi a debito versati	**70,97**

233
26.04.18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 7597
del 23 APR. 2018

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. PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff 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° Art 24 del

Data scadenza pagamento 29/6/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
05/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
27 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
26 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
11-06-2018	

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.7800.16/02/2018.0052702**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **NGRVCN57A02L049G**
Cognome : **NIGRO**
Nome : **VINCENZO**
Sesso : **M**
Data Nascita : **02/01/1957**
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. : **231373**
Data Visita : **17/02/2018**
Ora Visita : **17:01**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **17/02/2018**
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. 3606
Data 21 FEB. 2018
AD 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 Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
URG Ufficio Ragioneria ☐
UTO Staff Qualità ☐
☐

Mod.VMC/Inf.1 elaborato il: 21/02/2018 alle ore: 7.51.42

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/83**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

24786

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 VIA BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **755 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **701** del **19.03.2018**

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	**CARDONE / ANTONIO COSIMO**	**19.10.1958**	**231041**	**10.02.2018**	**69,42**

Importo Totale Euro	**69,42**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**69,42**

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	**78004496180070169**
Importi a debito versati	**69,42**

FUNZ. ... NUOVA 232
DATA ... 26.04.18

Prot. n. 7596
del 23 APR. 2018
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. PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/83
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

247896

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 VIA BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **755 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **701** del **19.03.2018**

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	**CARDONE / ANTONIO COSIMO**	**19.10.1958**	**231041**	**10.02.2018**	**69,42**

Importo Totale Euro	**69,42**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**69,42**

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	**78004496180070169**
Importi a debito versati	**69,42**

232
26.04.18

Prot. n. 7596
del 23 APR. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Soci ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTR ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff 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° Art. 24 Stat. del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
03 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
04/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
27 APR. 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
26 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
26.06.2018	

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: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.10/02/2018.0045934**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **CRDNNC58R19D171V**
Cognome : **CARDONE**
Nome : **ANTONIO COSIMO**
Sesso : **M**
Data Nascita : **19/10/1958**
Comune di nascita : **CRISPIANO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi**
Visita Domiciliare n. : **231041**
Data Visita : **10/02/2018**
Ora Visita : **10:22**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **12/02/2018**
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. 3606
del 21 FEB 2018
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 ☐
UAC Affari Gen. PERS. SINISTRI ☐
URAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Agenzia Entrate

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

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

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

DOMICILIO FISCALE TARANTO — prov. T A — via e numero civico Via Cesare Battisti 657

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	78004496180047338	00 0000	00 0000	52,40	0,00
7800	VMCF	78009253180051724	00 0000	00 0000	52,40	0,00
7800	VMCF	78004496180070260	00 0000	00 0000	70,97	0,00
7800	VMCF	78004496180070169	00 0000	00 0000	69,42	0,00

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C — 245,19 **D** — 0,00 + 245,19

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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G — **H**

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

+/- **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 + 245,19

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
giorno 22 mese 06 anno 2018	01030	15801	Pagamento presentato alla banca il 20/06/2018 Conto: G 01030 15801 000000008768 Delega Inoltrata

MOD. F24 – 2013 EURO

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

Agenzia Entrate

Mod. **F24**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

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

data di nascita (giorno, mese, 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 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	78009253180052239	00 0000	00 0000	52,40	0,00
7800	VMCF	78004496180047237	00 0000	00 0000	39,02	0,00
7800	VMCF	78004496180047035	00 0000	00 0000	74,99	0,00
7800	VMCF	78009253180051926	00 0000	00 0000	52,40	0,00

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C — 218,81 **D** — 0,00 + 218,81

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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G — **H**

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

+/- **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 + 218,81

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE — AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
22 06 2018	01030	15801	Pagamento presentato alla banca il 20/06/2018 Conto: G 01030 15801 000000008768 Delega Inoltrata

MOD. F24 - 2013 EURO

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

Agenzia Entrate

Mod. **F24**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale: 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 comune: TARANTO — prov.: T A — via e numero civico: Via Cesare Battisti 657

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	78004496180046621	00 0000	00 0000	61,36	0,00
7800	VMCF	78004496180046722	00 0000	00 0000	52,40	0,00
7800	VMCF	78004496180046823	00 0000	00 0000	52,40	0,00
7800	VMCF	78004496180047732	00 0000	00 0000	49,84	0,00

+/- **SALDO (C-D)** + 216,00

TOTALE C — 216,00 **D** — 0,00

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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G — **H**

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

+/- **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 + 216,00

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE – AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
22 06 2018	01030	15801	Pagamento presentato alla banca il 20/06/2018 Conto: G 01030 15801 000000008768 Delega Inoltrata

MOD. F24 – 2013 EURO

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

Agenzia Entrate

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: 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

comune: TARANTO

prov.: T A

via e numero civico: Via Cesare Battisti 657

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	78009253180052330	00 0000	00 0000	52,40	0,00
7800	VMCF	78004496180046126	00 0000	00 0000	72,51	0,00
7800	VMCF	78004496180046924	00 0000	00 0000	63,55	0,00
7800	VMCF	78004496180046227	00 0000	00 0000	70,03	0,00

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C D 0,00 + 258,49

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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione:

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

+/- **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 + 258,49

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno 22 mese 06 anno 2018	01030	15801

Pagamento presentato alla banca il 20/06/2018
Conto: G 01030 15801 000000008768
Delega Inoltrata

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

MOD. F24 – 2013 EURO

Agenzia Entrate

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: 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

comune: TARANTO — prov.: T A — via e numero civico: Via Cesare Battisti 657

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

TOTALE A B

+/- **SALDO (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	78004496180046025	00 0000	00 0000	72,82	0,00
7800	VMCF	78009253180051825	00 0000	00 0000	52,40	0,00
7800	VMCF	78009253180052138	00 0000	00 0000	58,26	0,00
7800	VMCF	78009253180052037	00 0000	00 0000	74,37	0,00

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C D 257,85 0,00 + 257,85

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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

+/- **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 + 257,85

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE – AZIENDA	CAB/SPORTELLO
22 06 2018	01030	15801

Pagamento presentato alla banca il 20/06/2018
Conto: G 01030 15801 000000008768
Delega Inoltrata

MOD. F24 – 2013 EURO

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

Agenzia Entrate

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 1 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: 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

comune: TARANTO — prov.: T A — via e numero civico: Via Cesare Battisti 657

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	78004496180022881	00 0000	00 0000	67,29	0,00
7800	VMCF	78004496180022780	00 0000	00 0000	72,82	0,00
7800	VMCF	78009253180051623	00 0000	00 0000	52,40	0,00
7800	VMCF	78004496180045914	00 0000	00 0000	61,05	0,00

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C — D 253,56 — 0,00 + 253,56

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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G — H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

+/- **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 + 253,56

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE — AZIENDA	CAB/SPORTELLO
22 06 2018	01030	15801

Pagamento presentato alla banca il 20/06/2018
Conto: G 01030 15801 000000008768
Delega Inoltrata

MOD. F24 - 2013 - EURO

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA