



1020/18

ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1277

IN PS-TA

VISIO FISCAL

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



Sede legale ed amministrativa: 74100 TARANTO - Via C. Battisti, 657
 Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247
 Codice fiscale, Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733
 Capitale 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	1.277	07/10/2018			696,27

10/8/18

**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: seicentonovantasei e 27 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 517/P del 12/03/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

746/P, 750/P, 745/P, 743/P, 744/P, 757/P, 794/P, 796/P, 797/P,
 795/P, 793/P, 517/P

PAGATO

17 AGO. 2018

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SpA
 Filiale di TARANTO

IMPORTO LORDO	696,27
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	696,27

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		696,27	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

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

Sede legale ed amministrativa: 74100 TARANTO - Via C. Battisti, 657

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

Codice fiscale, Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733

Capita Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	2018	1.277	07/08/2018			696,27

**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: seicentonovantasei e 27 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 517/P del 12/03/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

746/P, 750/P, 745/P, 743/P, 744/P, 757/P, 794/P, 796/P, 797/P,
795/P, 793/P, 517/P

IMPORTO LORDO	696,27
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	696,27

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		696,27	
	PREVISIONE		
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 | 0 | 1 | 4 | 6 | 3 | 3 | 0 | 7 | 3 | 3 | | | | |

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

DATI ANAGRAFICI

Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto

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

nome

prov.

DOMICILIO FISCALE TARANTO

prov. via e numero civico
T A Via Cesare Battisti 657

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

codice tributo	denominazione/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	78004496180069259	00/0000 00/0000	52 4 0	0 0 0
7800	VMCF	78004496180069653	00/0000 00/0000	60 1 1	0 0 0
7800	VMCF	78004496180069158	00/0000 00/0000	39 0 2	0 0 0
7800	VMCF	78004496180068946	00/0000 00/0000	52 4 0	0 0 0
TOTALE C			D	E	±/- SALDO (C-D)
			203 9 3	0 0 0	203 9 3

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	denominazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
					±/- SALDO (E-F)
TOTALE E					F

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	tributo	causale	codice tributo	denominazione/ regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati

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							
TOTALE							±/- SALDO (I-L)

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati	
				da mm/aaaa	a mm/aaaa			
1	1	1						+/-
TOTALE M						N		SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 203 9 3

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento presentato alla banca il 07/08/2018 Conto: G 01030 15801 000000008768 Delega Inoltrata
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLI	
1 0 0 8 2 0 1 8			01030	15801	

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

DATI ANAGRAFICI

Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

nome

prov.

DOMICILIO FISCALE TARANTO

prov. via e numero civico
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	78004496180069057	00/0000 00/0000	65 7 0	0 0 0	
7800	VMCF	78004496180070361	00/0000 00/0000	61 6 7	0 0 0	
7800	VMCF	78009253180074352	00/0000 00/0000	52 4 0	0 0 0	
7800	VMCF	78009253180074554	00/0000 00/0000	52 4 0	0 0 0	SALDO (C-D)
TOTALE C				D		232,17

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	tributo	causale	matricola	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
									SALDO (G-H)
TOTALE G							H		

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 232,17

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento presentato alla banca il 07/08/2018 Conto: G 01030 15801 000000008768 Delega Inoltrata
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLI	
1	0	8	01030	15801	

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 010146330733 | | | | |
 cognome, denominazione o ragione sociale nome
DATI ANAGRAFICI Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto
 data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.
 giorno mese anno
DOMICILIO FISCALE TARANTO T A Via Cesare Battisti 657
 prov. via e numero civico
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare codice identificativo

SEZIONE IERARIO

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				
				SALDO (A-B)
TOTALE A			B	

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/ codice INPS/ filiale azienda	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
7800	VMCF	78009253180074655	00/0000	00/0000	85 0 5	0 0 0
7800	VMCF	78009253180074453	00/0000	00/0000	60 4 3	0 0 0
7800	VMCF	78009253180074251	00/0000	00/0000	52 4 0	0 0 0
7800	VMCF	78004496180046328	00/0000	00/0000	62 2 9	0 0 0
TOTALE C					D	SALDO (C-D)
				260 1 7	0 0 0	260 1 7

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	immo. Brev. versat	Acc. Sello	numero immobile	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
								SALDO (G-H)
TOTALE G							H	

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice ente	codice sede	causale contributo	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
								SALDO (I-L)
TOTALE I							L	

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
							SALDO (M-N)
TOTALE M						N	

FIRMA **SALDO FINALE** **EURO** + 260 1 7

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento presentato alla banca il 07/08/2018 Conto: G 01030 15801 000000008768 Delega Inoltrata
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLI	
10	08	2018	01030	15801	

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Matricola INPS : 7800449608/39
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Sede di
TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

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

Fattura Num. **517 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **463** del **12.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	LA ROCCA / MARIO	01.12.1976	229094	08.01.2018	62,29

Importo Totale Euro	62,29
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	62,29

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 78004496180046328
Importi a debito versati 62,29

312
04 GIU. 2018

Assente per la malattia
5961

Prot. n. 5961

del 28 MAR. 2018

AD Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Aspetti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Commerciale Bilancio ☐
UES Esercizio / Soste ☐
URS Informatica / Statistica ☐
UNT Meccanica / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. P.P.R. S.M.S.T.M. ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Segret. Controlli ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078760587

Matricola INPS : 7800449608/39

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247896

All'azienda :

SPA SOC. U AMAT

VIA BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura

Num. 517 /P del 12.03.2018

Richiesta di pagamento Num. 463 del 12.03.2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	LA ROCCA / MARIO	01.12.1976	229094	08.01.2018	62,29

Importo Totale Euro	62,29
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	62,29

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 78004496180046328
Importi a debito versati 62,29

Asses per la gestione dell'area di Taranto

Procl. n.

5961

del 28 MAR. 2018

AD Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Aspetti / Contatti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Commerciale / Bilancio ☐
UES Esercizio / Siste ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Istruzione / Tecnica ☐
DRU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. / P.R.R. / STRAT. ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Qualita ☐

04 GIU. 2018

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n°	del
Conv. n°	del
Determ. A.D. n°	del
Delib. C.A. n°	del
Data scadenza pagamento	
DATA 12 GIU. 2018	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA 5 GIU. 2018	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA 5 GIU. 2018	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n.	del
Delib. C.A. n.	del
Delib. C.A. n.	del
Delib. C.A. n.	del
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA 04 GIU. 2018	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

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

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

UFFICIO 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.7800.08/01/2018.0005390

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : LA ROCCA

Nome : MARIO

Sesso : M

LRCMRA76T01C349N

Data Nascita : 01/12/1976

Comune di nascita : CASTROVILLARI

Provincia di nascita CS

Dati relativi all' EsitoEsito : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosiVisita Domiciliare n. : 229094

Data Visita : 08/01/2018

Ora Visita : 18:00

Data scadenza prognosi medico di controllo : 08/01/2018

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

Proc. n.

1380

del

19 GEN. 2018

DA	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
AP	Appalti / Contratti	☐
COM	Commerciale / Marketing	☐
CS	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sostit.	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
UR	Risorse Umane	☐
VAL	Valutazione / Controllo	☐
RAC	Ufficio Pagamenti	☐
STO	Stato Quella	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/65

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO (TA)**Fattura Num. **743 /P** del **19.03.2018**Richiesta di pagamento Num. **689** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

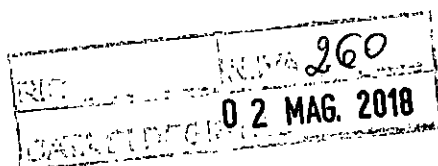
Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	FIGE / ALESSANDRO	17.03.1973	230498	01.02.2018	52,40

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	78004496180068946
Importi a debito versati	52,40



Avvisato per la richiesta nel caso di ricorso

Prot. n.

dal 16 APR. 2018

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
MAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Commerciale Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sede	☐
URS	Informatica / Statistica	☐
UNT	Manutenzione / Tecnica	☐
ORU	Risorse Umane	☐
QAG	Atti Gen. P.P.R.R. S.M.B.S.T.M.	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Stato Quantitativo	☐

[illegible]

400 401 402

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/65

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **743 /P** del **19.03.2018**

* Richiesta di pagamento Num. **689** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

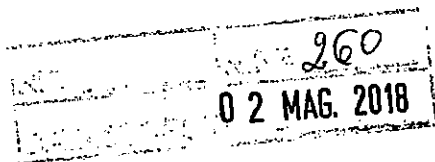
Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	FIORE / ALESSANDRO	17.03.1973	230498	01.02.2018	52,40

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 **78004496180068946**
Importi a debito versati **52,40**



Amat
Assistenza per la mobilità nell'area di Taranto

Proc. n.:

dal **16 APR. 2018**

AO	Amministrazione Delegata	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Comerciali Bilancio	☐
UES	Esercizio / Gestione	☐
URS	Informatica / Statistica	☐
UNT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Azioni Gen. PR. RR. S. R. S. R.	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STU	Sist. Qualità	☐

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

 DATA 14 MAG. 2018
 L'ADDETTO AL RISCONTRO

 IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA 25/13 FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

 DATA 02 MAG. 2018
 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

 DATA 08-08-2018
 FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA

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

Conferimento del Prot.....

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

DATA FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

 DATA 4 MAG. 2018
 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

 DATA 4 MAG. 2018
 FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO

verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.01/02/2018.0034394

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : FRILSN73C17L049J Cognome : FIORE

Nome : ALESSANDRO

Sesso : M

Data Nascita : 17/03/1973

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 230498

Data Visita : 01/02/2018

Ora Visita : 18:59

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

Amat
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Pro. n.

2656

del 08 FEB. 2018

AD	Amministratore Delegato	☐
DE	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
AP	Appalti e Contratti	☐
CM	Commerciale e Marketing	☐
CB	Contabilità e Bilancio	☐
ES	Esercizio e Sost.	☐
IS	Informatica e Statistica	☐
MT	Manutenzione e Tecnica	☐
RU	Risorse Umane	☒
AC	Azienda Con. FERR. SINISTRA	☒
RA	Ufficio Ragioneria	☐
ST	Sig. Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/69

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **745 /P** del **19.03.2018**

Richiesta di pagamento Num. **691** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	D'ARCO / ADDOLORATA	02.02.1973	230569	03.02.2018	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	78004496180069158
Importi a debito versati	39,02

INPS
DATA DI RECESSIONE 02 MAG. 2018

AMAT
Assistenza per la richiesta nell'area di Taranto
Prot. n. **7093**
del **16 APR. 2018**
AO Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
LAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Commerciale / Bilancio ☐
UES Esercizio / Sost. ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UNIT Manutenzione / Tecnica ☐
GRU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. / P.P.R. / S.M.S.T. ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Stor. Qualità ☐

Year	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
Population	1,000,000	1,050,000	1,100,000	1,150,000	1,200,000	1,250,000	1,300,000	1,350,000	1,400,000	1,450,000	1,500,000	1,550,000	1,600,000	1,650,000	1,700,000	1,750,000	1,800,000	1,850,000	1,900,000	1,950,000	2,000,000	2,050,000	2,100,000	2,150,000	2,200,000	2,250,000	2,300,000	2,350,000	2,400,000	2,450,000	2,500,000	2,550,000	2,600,000	2,650,000	2,700,000	2,750,000	2,800,000	2,850,000	2,900,000	2,950,000	3,000,000	3,050,000	3,100,000	3,150,000	3,200,000	3,250,000	3,300,000	3,350,000	3,400,000	3,450,000	3,500,000	3,550,000	3,600,000	3,650,000	3,700,000	3,750,000	3,800,000	3,850,000	3,900,000	3,950,000	4,000,000	4,050,000	4,100,000	4,150,000	4,200,000	4,250,000	4,300,000	4,350,000	4,400,000	4,450,000	4,500,000	4,550,000	4,600,000	4,650,000	4,700,000	4,750,000	4,800,000	4,850,000	4,900,000	4,950,000	5,000,000	5,050,000	5,100,000	5,150,000	5,200,000	5,250,000	5,300,000	5,350,000	5,400,000	5,450,000	5,500,000	5,550,000	5,600,000	5,650,000	5,700,000	5,750,000	5,800,000	5,850,000	5,900,000	5,950,000	6,000,000	6,050,000	6,100,000	6,150,000	6,200,000	6,250,000	6,300,000	6,350,000	6,400,000	6,450,000	6,500,000	6,550,000	6,600,000	6,650,000	6,700,000	6,750,000	6,800,000	6,850,000	6,900,000	6,950,000	7,000,000	7,050,000	7,100,000	7,150,000	7,200,000	7,250,000	7,300,000	7,350,000	7,400,000	7,450,000	7,500,000	7,550,000	7,600,000	7,650,000	7,700,000	7,750,000	7,80																																																																

0005 0000 0000

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/69

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **745 /P** del **19.03.2018**

Richiesta di pagamento Num. **691** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	D'ARCO / ADDOLORATA	02.02.1973	230569	03.02.2018	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	78004496180069158
Importi a debito versati	39,02

258
02 MAG. 2018

Amat
Ambrosia per la gestione dell'area di Taranto

Prot. n. **7093**
del **16 APR. 2018**

AD	Assunto Delegato	☐
DG	Dirigente Generale	☐
DA	Dirigente Amministrativo	☐
DT	Dirigente Tecnico	☐
UAP	Aspetti / Commenti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Commerciale / Bilancio	☐
UES	Eventuali / Segue	☐
URS	Informatica / Sistematica	☐
URAT	Informazione / Tecnica	☐
URCU	Relazione Umanistica	☐
UAG	Atto Gen. PPRR STATISTI	☐
UAG	Atto Gen. Maggioranza	☐
STE	Stato Qualità	☐

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

 DATA
 14 MAG. 2018

 L'ADDETTO AL RISCONTRO

 IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

 DATA
 14/05/18

 FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

 DATA
 02 MAG. 2018

 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

 DATA
 08-08-2018

 FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

 DATA
 FIRMA

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

Conferimento del Prot.....

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

 DATA
 FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

 DATA
 - 4 MAG. 2018

 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

 DATA
 4 MAG. 2018

 FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

 DATA
 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' TECNICA
 per supervisione

 DATA
 FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO
 verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

 DATA
 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
 per supervisione

 DATA
 FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.02/02/2018.0036062

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : D'ARCO

Nome : ADDOLORATA

Sesso : F

DRCDLR73B42L049P

Data Nascita : 02/02/1973

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Assente all'indirizzo

Visita Domiciliare n. : 230569

Data Visita : 03/02/2018

Ora Visita : 11:58

~~Esito Visita : Assente all'indirizzo~~**Amat**
Associato per la mobilità nell'area di Taranto

Frat. n.

2563

06 FEB. 2018

AS	Amministratore Delegato	☐
AG	Direttore Generale	☐
AD	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
AP	Appalti / Contratti	☐
CM	Commerciale / Marketing	☐
CB	Contabilità / Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sosta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Mantenimento / Tecnico	☐
RU	Risorse Umane	☒
UC	Ufficio Gen. P.P.R.R. SINISTRI	☐
RG	Ufficio Ragioneria	☐
ST	Staff Qualità	☐



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/76

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **750 /P** del **19.03.2018**

Richiesta di pagamento Num. **696** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

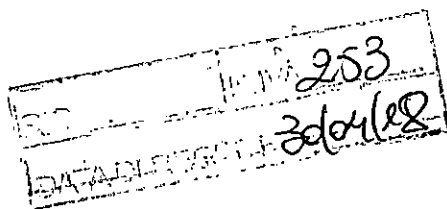
Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	MONTANARO / VITANTONIO	16.08.1964	230929	08.02.2018	60,11

Importo Totale Euro	60,11
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	60,11

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	78004496180069653
Importi a debito versati	60,11



INPS
Assedi per la richiesta di rimborso di Taranto

Prat. n. **7516**

del **16 APR. 2018**

AO	Ass. in Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Commerciale / Bilancio	☐
UES	Esercizio / Servizi	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UNIT	Amministrazione / Tecnica	☐
ORU	Risorse Umane	☐
OAG	Affari Gen. PP.MR. S.M.S.T.M.	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Stato Civile	☐

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.



Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/76

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 750 /P del 19.03.2018

Richiesta di pagamento Num. 696 del 19.03.2018

Pagina 1 di 1

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

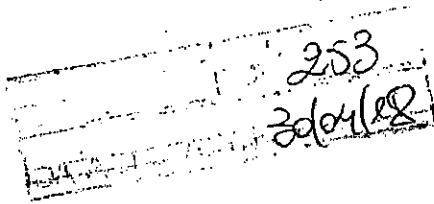
| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | MONTANARO / VITANTONIO | 16.08.1964 | 230929 | 08.02.2018 | 60,11 |

| | |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro | 60,11 |
| Importo Bollo Euro | 0,00 |
| Importo da corrispondere Euro | 60,11 |

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 78004496180069653
Importi a debito versati 60,11



Acquisto
Anno 2018 per la richiesta dell'importo di Taranto
Prot. n. 7116
del 16 APR. 2018

| | | |
|-----|---------------------------|--------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| DG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Commesse | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Comunicazione / Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Sede | ☐ |
| URS | Informatica / Statistica | ☐ |
| UMT | Manutenzione / Tecnico | ☐ |
| URT | Risorse Umane | ☐ |
| UAG | Affari Gen. PP.RR. SOSTRA | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragioniere | ☐ |
| STO | Staff Qualità | ☐ |

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

DATA 14 MAG. 2018 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 30 APR. 2018 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA

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

Conferimento del Prot.

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

DATA FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA 2 MAG. 2018 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA 2 MAG. 2018 FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO
 verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780004 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.08/02/2018.0042801

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MONTANARO

Nome : VITANTONIO

Sesso : M

MNTVNT64M16D171M

Data Nascita : 16/08/1964

Comune di nascita : CRISPIANO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all'Esito

Esito : Non ha risposto nessuno all'indirizzo

Visita Domiciliare n. : 230929

Data Visita : 08/02/2018

Ora Visita : 17:20

Esito Visita : Non ha risposto nessuno all'indirizzo

AmAs
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

2938

del 12 FEB. 2018

| | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| AD | Azienda Delegata | ☐ |
| DA | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| AP | Appalti / Contratti | ☐ |
| CM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| CB | Contabilità / Bilancio | ☐ |
| ES | Esercizio / Sosta | ☐ |
| IS | Informatica / Statistica | ☐ |
| MT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| RU | Risorse Umane | ☐ |
| SC | Sett. Gen. PP.RR. SINISTRI | ☐ |
| SA | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| ST | Staff Qualità | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/27

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **796 /P** del **19.03.2018**

Richiesta di pagamento Num. **745** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

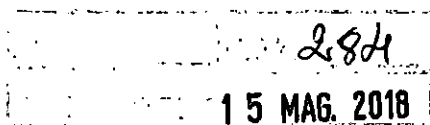
Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate **su vostra richiesta** nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | DE PACE / CATERINA | 17.12.1965 | 231168 | 17.02.2018 | 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 | 78009253180074554 |
| Importi a debito versati | 52,40 |



Autografo per la richiesta dell'aperta di Taranto

Prot. n.

del 03 MAG. 2018

| | | |
|------|--------------------------|--------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| DG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Contabilità Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Servizi | ☐ |
| URS | Informatica / Statistica | ☐ |
| UNIT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| GRU | Risorse Umane | ☐ |
| UAG | Atti Gen. PP.RR. SINTESI | ☐ |
| RAG | Uffici Magazzini | ☐ |
| STO | Servi. Qualità | ☐ |

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

[illegible]

2005 July

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/27

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO (TA)**Fattura Num. **796 /P** del **19.03.2018**Richiesta di pagamento Num. **745** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | DE PACE / CATERINA | 17.12.1965 | 231168 | 17.02.2018 | 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 | 78009253180074554 |
| Importi a debito versati | 52,40 |

Autentico per le cancellazioni nell'anno di decorrenza

Prot. n.

8633

del 03 MAG. 2018

| | | |
|-----|----------------------------|--------------------------|
| AD | Amministr. Delegato | ☐ |
| UG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Comunicazione / Ufficio | ☐ |
| UES | Esternalità / Servizi | ☐ |
| UIS | Informatica / Sistemi | ☐ |
| UMT | Manutenzione / Tecnico | ☐ |
| ORU | Risorse Umane | ☐ |
| UAG | Atti Gen. U.P.R.R. SINTESI | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| STO | Stato Quota | ☐ |

15 MAG. 2018

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determin. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

 DATA 23 MAG. 2018
 L'ADDETTO AL RISCONTRO

 IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

 DATA 23/5/18
 FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

 DATA 15 MAG. 2018
 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

 DATA 08-08-2018
 FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

 DATA
 FIRMA

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

Conferimento del Prot.

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

 DATA
 FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

 DATA 16 MAG. 2018
 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

 DATA 16 MAG. 2018
 FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n° del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

 DATA
 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' TECNICA
 per supervisione

 DATA
 FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO
 verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

 DATA
 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
 per supervisione

 DATA
 FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.13/02/2018.0048405

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : DE PACE

Nome : CATERINA

Sesso : F

DPCCRN65T57L049N

Data Nascita : 17/12/1965

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all'Esito

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

Visita Domiciliare n. : 231168

Data Visita : 17/02/2018

Ora Visita : 18:00

Data scadenza prognosi medico di controllo : 17/02/2018

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

AmAt
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

21 FEB. 2018

- | | | |
|-----|-----------------------------|--------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| DS | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| VP | Appalti / Contratti | ☐ |
| CM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| CB | Contabilità Bilancio | ☐ |
| ES | Esercizio / Sosta | ☐ |
| IS | Informatica / Statistica | ☐ |
| MT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| RU | Risorse Umane | ☐ |
| AC | Affari Gen. PR.PR. SINISTRI | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| STO | Staff Giurista | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Matricola INPS : 7804925317/24
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **794 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **743** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | LISTO / MARIANNA | 19.09.1977 | 230561 | 03.02.2018 | 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 | 78009253180074352 |
| Importi a debito versati | 52,40 |

15 MAG. 2018

Presentato per la registrazione nell'ufficio di Taranto

Prot. n.

8131

del 03 MAG. 2018

AD Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
MAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commemoranda / Marketing ☐
UCB Certificati Esenzioni ☐
UES Esercizio / Servizi ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UNIT Manutenzione / Tecnica ☐
DPU Risorse Umane ☐
DAG Affari Gen. PP. RR. S.M. S.T. ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/24

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **794 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **743** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | LISTO / MARIANNA | 19.09.1977 | 230561 | 03.02.2018 | 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 78009253180074352
Importi a debito versati 52,40

Avvenute per la richiesta dell'importo di rimborso

Pres. n.

8131

del 03 MAG. 2018

AD Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Commerciale / Educazione ☐
UES Educazione / Servizi ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UNIT Manutenzione / Tecnico ☐
ORU Risorse Umane ☐
ORG Affari Gen. PP.RR. S.M.STR. ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐

282
15 MAG. 2018

V I S T I

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto | |
|---|------------------------|
| Contr. Rep. n° | del |
| Conv. n° | del |
| Determ. A.D. n° | del |
| Delib. C.A. n° | del |
| Data scadenza pagamento
29/3/18 | |
| DATA
23 MAG. 2018 | L'ADDETTO AL RISCONTRO |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione | |
| DATA
23/05/18 | FIRMA |

| UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili | |
|---|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura | |
| data scadenza di pagamento presunta | |
| DATA
15 MAG. 2018 | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione | |
| DATA
08-08-2018 | FIRMA |

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

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

| UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale | |
|--|------------------------|
| Data scadenza pagamento | |
| DATA
16 MAG. 2018 | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione | |
| DATA
16 MAG. 2018 | FIRMA |

| UFFICIO MAGAZZINO
verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali | |
|---|------------------------|
| Contr. Rep. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Data scadenza pagamento | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |

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

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.02/02/2018.0036047

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : LSTMNN77P59L049P Cognome : LISTO

Nome : MARIANNA

Sesso : F

Data Nascita : 19/09/1977

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. : 230561

Data Visita : 03/02/2018

Ora Visita : 10:00

Data scadenza prognosi medico di controllo : 03/02/2018

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

Amat
Assistenza per la mobilità nell'area di Taranto

Pro. n.

2656

del

08 FEB. 2018

- | | | |
|----|-------------------------------|-------------------------------------|
| VA | Assente Delegato | ☐ |
| VE | Assente Generale | ☐ |
| CA | Assente Amministrativo | ☐ |
| CT | Assente Tecnico | ☐ |
| UP | Appalti / Contratti | ☐ |
| CM | Comunicazione / Marketing | ☐ |
| CB | Contabilità Bilancio | ☐ |
| ES | Esercizio / Sosta | ☐ |
| IS | Informatica / Statistica | ☐ |
| MT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| UR | Risorse Umane | ☒ |
| AG | Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRI | ☐ |
| RG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| ST | Stati Civil | ☐ |



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/68

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **744 /P** del **19.03.2018**

Richiesta di pagamento Num. **690** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

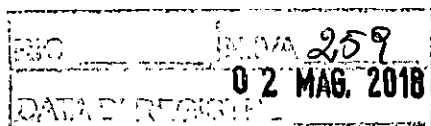
Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate **su vostra richiesta** nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | MARRA / ARTEMIO DANIELE | 24.11.1971 | 230565 | 03.02.2018 | 65,70 |
| Importo Totale Euro | | | | | 65,70 |
| Importo Bollo Euro | | | | | 0,00 |
| Importo da corrispondere Euro | | | | | 65,70 |

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 | 78004496180069057 |
| Importi a debito versati | 65,70 |



ASAT
Assistenza per la gestione dell'attività di Taranto

Prot. n. **7092**

del **16 APR. 2018**

| | | |
|------|-----------------------------|--------------------------|
| AD | Amministrativo Delegato | ☐ |
| DG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Concorsi | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Commerciale / Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Sede | ☐ |
| URS | Informatica / Sistemica | ☐ |
| UNIT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| ORU | Risorse Umane | ☐ |
| UAG | Atti Gen. P.P.R.R. STATISTI | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragione | ☐ |
| STU | Studi Qualità | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/68

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **744 /P** del **19.03.2018**

Richiesta di pagamento Num. **690** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | MARRA / ARTEMIO DANIELE | 24.11.1971 | 230565 | 03.02.2018 | 65,70 |
| Importo Totale Euro | | | | | 65,70 |
| Importo Bollo Euro | | | | | 0,00 |
| Importo da corrispondere Euro | | | | | 65,70 |

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 78004496180069057
Importi a debito versati 65,70

259
02 MAG. 2018

Assente per la richiesta del rimborsamento

Prot. n.

7092

16 APR. 2018

AS Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Affari / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Commerciale Estero ☐
UES Esercizio / Servizi ☐
URS Informatica / Statistica ☐
UNIT Manutenzione / Tecnica ☐
ORU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP, RR, STRUTTA ☐
RAG Affari Ragioneria ☐
STU Sistemi Qualità ☐

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

DATA L'ADDETTO AL RISCONTRO

14 MAG. 2018

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA FIRMA

15/5/18

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

24 MAG. 2018

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA FIRMA

08-08-2018

FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA

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

Conferimento del Prot.

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

DATA FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

4 MAG. 2018

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA FIRMA

4 MAG. 2018

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO
 verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.02/02/2018.0036054

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MARRA

Nome : ARTEMIO DANIELE

Sesso : M

MRRRMD71S24L049D

Data Nascita : 24/11/1971

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. : 230565

Data Visita : 03/02/2018

Ora Visita : 10:45

Data scadenza prognosi medico di controllo : 03/02/2018

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

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Pro. n.

2656

del

08 FEB. 2018

- | | | |
|----|-------------------------------|--------------------------|
| Ad | Azienda Delegata | ☐ |
| Ad | Direzione Generale | ☐ |
| Ad | Direzione Amministrativa | ☐ |
| Ad | Direzione Tecnica | ☐ |
| Ad | Assistenza / Contratti | ☐ |
| Ad | Commerciale / Marketing | ☐ |
| Ad | Contabilità / Bilancio | ☐ |
| Ad | Economia / Scelta | ☐ |
| Ad | Informatica / Statistica | ☐ |
| Ad | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| Ad | Ricerca Umana | ☐ |
| Ad | Attività Con. PP.AA. SINISTRA | ☐ |
| Ad | Ufficio Relazioni | ☐ |
| Ad | Staff Qualità | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Matricola INPS : 7800449608/90

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247896

Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

All'azienda :

S.P.A. A

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **757 /P** del **19.03.2018**

Richiesta di pagamento Num. **703** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

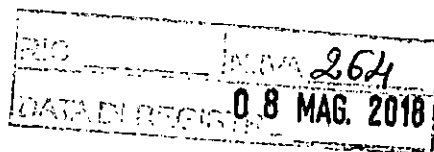
Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate **su vostra richiesta** nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|--------------|
| 1 | LUPO / FRANCESCO | 19.05.1962 | 231377 | 17.02.2018 | 61,67 |

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

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

| | |
|---|--------------------------|
| L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati: | |
| Codice Sede | 7800 |
| Causale contributo | VMCF |
| Codice INPS | 78004496180070361 |
| Importi a debito versati | 61,67 |



ANET
Assicurazione per la responsabilità nell'uso di Telex
Prot. n. **7930**
del **30 APR. 2018**

| | | |
|------|----------------------------|--------------------------|
| AD | Amministrativo Delegato | ☐ |
| DG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Contabilità Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Servizi | ☐ |
| UIS | Informatica / Statistica | ☐ |
| UNIT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| ORU | Risorse Umane | ☐ |
| OAG | Affari Gen. PP.RR. SINTESI | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| STQ | Staff Caristi | ☐ |

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who were present at the meeting. The names are listed in alphabetical order.

2. The second part of the document is a list of the topics that were discussed at the meeting. The topics are listed in alphabetical order.

3. The third part of the document is a list of the actions that were taken at the meeting. The actions are listed in alphabetical order.

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/90

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247896

All'azienda :

S.P.A. A

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 757 /P del 19.03.2018

Richiesta di pagamento Num. 703 del 19.03.2018

Pagina 1 di 1

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

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | LUPO / FRANCESCO | 19.05.1962 | 231377 | 17.02.2018 | 61,67 |

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

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

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

| | |
|--------------------------|-------------------|
| Codice Sede | 7800 |
| Causale contributo | VMCF |
| Codice INPS | 78004496180070361 |
| Importi a debito versati | 61,67 |

Autore per la richiesta non usata da Taranto

Procl. n. 7930
del 30 APR. 2018

| | | |
|-----|---------------------------|--------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| DG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Contratti Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Servizi | ☐ |
| URS | Informatica / Software | ☐ |
| UMT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| ORU | Risorse Umane | ☐ |
| UAG | Atti Gen. PP.RR. SINISTRA | ☐ |
| RAG | Atti Gen. PP.RR. DESTRA | ☐ |
| STQ | Stat. Qualità | ☐ |

264
08 MAG. 2018

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto | |
|---|------------------------|
| Contr. Rep. n° | del |
| Conv. n° | del |
| Determ. A.D. n° | del |
| Delib. C.A. n° | del |
| Data scadenza pagamento
29/3/18 | |
| DATA
14 MAG. 2018 | L'ADDETTO AL RISCONTRO |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione | |
| DATA | FIRMA |

| UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale | |
|--|------------------------|
| Data scadenza pagamento | |
| DATA
9 MAG. 2018 | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione | |
| DATA
9 MAG. 2018 | FIRMA |

| UFFICIO MAGAZZINO
verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali | |
|---|------------------------|
| Contr. Rep. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Data scadenza pagamento | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |

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

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

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

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

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.16/02/2018.0052718

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : A

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : LPUFNC62E19B808T Cognome : LUPO

Nome : FRANCESCO

Sesso : M

Data Nascita : 19/05/1962

Comune di nascita : CAROSINO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, Incapace al lavoro

Visita Domiciliare n. : 231377

Data Visita : 17/02/2018

Ora Visita : 10:47

Data scadenza prognosi medico di controllo : 25/02/2018

Esito Visita : Visitato, Incapace al lavoro

AmAt

Assento per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

3606

21 FEB 2018

| | | |
|-----|-----------------------------|--------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| EG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| ET | Direttore Tecnico | ☐ |
| AP | Appalti / Contratti | ☐ |
| CM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| CB | Contabilità Bilancio | ☐ |
| ES | Esercizio / Sosta | ☐ |
| IS | Informatica / Statistica | ☐ |
| MT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| RU | Risorse Umane | ☐ |
| AS | Atti - Con. PP.RR. SINISTRI | ☐ |
| AG | Unità Ragioneria | ☐ |
| STO | Stato della | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/70

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

1620

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 746 /P del 19.03.2018

Richiesta di pagamento Num. 692 del 19.03.2018

Pagina 1 di 1

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

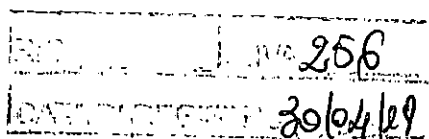
| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | SOLDANO / SERGIO | 30.04.1966 | 230660 | 05.02.2018 | 52,40 |

| | |
|-------------------------------|-------|
| 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 | 78004496180069259 |
| Importi a debito versati | 52,40 |



AMAT
Assistenza per la richiesta nell'area di Taranto

Prot. n.

del 16 APR. 2018

- AD Amministratore Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Agenti / Contabili ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Sostit. ☐
- URS Informatica / Statistica ☐
- UMT Manutenzione / Tecnica ☐
- GRU Risorse Umane ☐
- UAG Affari Gen. PP.RR. SOST. ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STO Staff Qualità ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/70

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

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

Fattura Num. **746 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **692** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|--------------|
| 1 | SOLDANO / SERGIO | 30.04.1966 | 230660 | 05.02.2018 | 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 | 78004496180069259 |
| Importi a debito versati | 52,40 |

Assente per la richiesta nell'atto di Taranto

Prot. n.

del **16 APR. 2018**

AD- Amm. Delegato ☐
DG- Direttore Generale ☐
DA- Direttore Amministrativo ☐
DT- Direttore Tecnico ☐
UAP- Agenti / Condotti ☐
UCM- Commerciale / Marketing ☐
UCB- Cancelleria / Bilancio ☐
UES- Esercizio / Sostit. ☐
UIS- Informatica / Statistica ☐
UMT- Manutenzione / Telerice. ☐
URU- Risorse Umane ☐
UAG- Affari Gen. PP. RR. S. S. S. ☐
RAG- Ufficio Ragioneria ☐
STO- Segret. Generale ☐

256
30/04/18

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

DATA
14 MAG. 2018

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA

FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA

2 MAG. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA

2 MAG. 2018

FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO RAGIONERIA

verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA

30 APR. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA

08-08-2018

FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA

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

Conferimento del Prot.

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

DATA

FIRMA

UFFICIO 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.7800.05/02/2018.0037804

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : SOLDANO

Nome : SERGIO

Sesso : M

SLDSRG66D30A662Q

Data Nascita : 30/04/1966

Comune di nascita : BARI

Provincia di nascita BA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, Incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 230660

Data Visita : 05/02/2018

Ora Visita : 18:39

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

AmAt
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Pro. r.

2656

08 FEB 2018

Vr.

| | | |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|
| AS | Amministratore Delegato | ☐ |
| DS | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| LCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Contabilità Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Sosta | ☐ |
| IES | Informatica / Statistica | ☐ |
| UMT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| URU | Risorse Umane | ☒ |
| UAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| ETO | Staff Qualità | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/28

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **797 /P** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. **746** 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 | MARINELLI / ANGELO | 30.03.1964 | 231374 | 18.02.2018 | 83,05 |

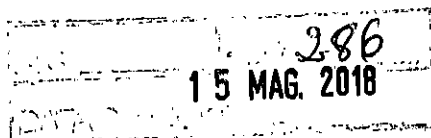
| | |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro | 83,05 |
| Importo Bollo Euro | 2,00 |
| Importo da corrispondere Euro | 85,05 |

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

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

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

| | |
|--------------------------|-------------------|
| Codice Sede | 7800 |
| Causale contributo | VMCF |
| Codice INPS | 78009253180074655 |
| Importi a debito versati | 85,05 |



Avvisato per la residenza nel Comune di Taranto

Prot. n. **8534**

del **03 MAG. 2018**

| | | |
|-----|----------------------------|--------------------------|
| AO | Amministratore Delegato | ☐ |
| DG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Contabilità Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Servizi | ☐ |
| URS | Informatica / Statistica | ☐ |
| UNT | Interrelazioni / Termini | ☐ |
| ORU | Risorse Umane | ☐ |
| UAG | Affari Gen. PPRR, SIRESTRA | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| STQ | Staff Qualità | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/28

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO (TA)**Fattura Num. **797 /P** del **19.03.2018**Richiesta di pagamento Num. **746** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | MARINELLI / ANGELO | 30.03.1964 | 231374 | 18.02.2018 | 83,05 |

| | |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro | 83,05 |
| Importo Bollo Euro | 2,00 |
| Importo da corrispondere Euro | 85,05 |

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

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

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

| | |
|--------------------------|-------------------|
| Codice Sede | 7800 |
| Causale contributo | VMCF |
| Codice INPS | 78009253180074655 |
| Importi a debito versati | 85,05 |

Adesione per la richiesta di rimborso

Prot. n.

del

8534
03 MAG. 2018

| | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| DG | Direttore Generale | ☐ |
| CA | Capo Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Comerciali Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Servizi | ☐ |
| URS | Informatica / Statistica | ☐ |
| UAT | Manutenzione / Tecnico | ☐ |
| ORU | Risorse Umane | ☐ |
| UAG | Affari Gen. PPRR, SOSTA | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| STD | Sist. Qualità | ☐ |

286
15 MAG. 2018

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto | |
|---|------------------------|
| Contr. Rep. n° | del |
| Conv. n° | del |
| Determ. A.D. n° | del |
| Delib. C.A. n° | del |
| Data scadenza pagamento
29/3/18 | |
| DATA
23 MAG. 2018 | L'ADDETTO AL RISCONTRO |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione | |
| DATA
23/05/18 | FIRMA |

| UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili | |
|---|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura | |
| data scadenza di pagamento presunta | |
| DATA
15 MAG. 2018 | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione | |
| DATA
08-08-10/18 | FIRMA |

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

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

| UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale | |
|--|------------------------|
| Data scadenza pagamento | |
| DATA
1-6 MAG. 2018 | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione | |
| DATA
1-6 MAG. 2018 | FIRMA |

| UFFICIO MAGAZZINO
verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali | |
|---|------------------------|
| Contr. Rep. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Data scadenza pagamento | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |

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

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.16/02/2018.0052708

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MARINELLI

Nome : ANGELO

Sesso : M

MRNNGI64C30L049D

Data Nascita : 30/03/1964

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. : 231374

Data Visita : 18/02/2018

Ora Visita : 11:17

Data scadenza prognosi medico di controllo : 20/02/2018

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

AmAt
Assistenza per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

21 FEB. 2018

| | | |
|-----|-----------------------------|--------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| AG | Direttore Generale | ☐ |
| AA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| AT | Direttore Tecnico | ☐ |
| APP | Appalti / Contratti | ☐ |
| COM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| CON | Contabilità Bilancio | ☐ |
| ES | Esercizio / Sostit. | ☐ |
| INF | Informatica / Statistica | ☐ |
| MNT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| HRU | Risorse Umane | ☐ |
| ACC | Atti e Contr. DIR. SINISTRI | ☐ |
| REG | Ufficio Registro | ☐ |
| STO | Stoffe e Attori | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/26

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **795 /P** del **19.03.2018**

Richiesta di pagamento Num. **744** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

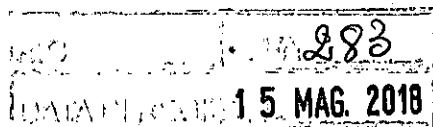
| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | BITONTO / AGOSTINO | 31.08.1961 | 231161 | 13.02.2018 | 60,43 |

| | |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro | 60,43 |
| Importo Bollo Euro | 0,00 |
| Importo da corrispondere Euro | 60,43 |

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

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

| | |
|--------------------------|-------------------|
| Codice Sede | 7800 |
| Causale contributo | VMCF |
| Codice INPS | 78009253180074453 |
| Importi a debito versati | 60,43 |



Amat
Assente per le malattie nell'area di Taranto

Prot. n.

8132

del 03 MAG. 2018

| | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| AD | Amministrativo Delegato | ☐ |
| DG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| MAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Contributi Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Soste | ☐ |
| URS | Informatica / Statistica | ☐ |
| UNT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| ORU | Risorse Umane | ☐ |
| UAG | Atti Gen. PP.RR. SMESTR. | ☐ |
| PRG | Urban. Programm. | ☐ |
| STQ | Serv. Qualità | ☐ |



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Matricola INPS : 7804925317/26
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **795 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **744** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | BITONTO / AGOSTINO | 31.08.1961 | 231161 | 13.02.2018 | 60,43 |

| | |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro | 60,43 |
| Importo Bollo Euro | 0,00 |
| Importo da corrispondere Euro | 60,43 |

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

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

Codice Sede 7800
Causale contributo VMCF
Codice INPS 78009253180074453
Importi a debito versati 60,43

Assunto per la rendita nell'area di Taranto

Prod. n.

8832

del 03 MAG. 2018

AD Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAF Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Commerciale Bilancio ☐
UES Esercizio / Sesta ☐
URS Informatica / Statistica ☐
UMI Monitorizzazione / Tecnica ☐
GRU Ricorse Umane ☐
GAG Affari Gen. PP.BB. MINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Segreteria ☐

15 MAG. 2018

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto | |
|---|------------------------|
| Contr. Rep. n° | del |
| Conv. n° | del |
| Determ. A.D. n° | del |
| Delib. C.A. n° | del |
| Data scadenza pagamento
29-3-18 | |
| DATA
23 MAG. 2018 | L'ADDETTO AL RISCONTRO |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione | |
| DATA
23/5/18 | FIRMA |

| UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili | |
|---|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura | |
| data scadenza di pagamento presunta | |
| DATA
15 MAG. 2018 | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione | |
| DATA
08-08-1018 | FIRMA |

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

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

| UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale | |
|--|------------------------|
| Data scadenza pagamento | |
| DATA
6 MAG. 2018 | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione | |
| DATA
6 MAG. 2018 | FIRMA |

| UFFICIO MAGAZZINO
verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali | |
|---|------------------------|
| Contr. Rep. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Data scadenza pagamento | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |

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

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.13/02/2018.0048347

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : BITONTO

Nome : AGOSTINO

Sesso : M

BTNGTN61M31L049Q

Data Nascita : 31/08/1961

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 231161

Data Visita : 13/02/2018

Ora Visita : 18:56

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

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

3606

21 FEB. 2018

- | | | |
|-----|-----------------------------|-------------------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| DS | Direttore Generale | ☐ |
| TA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Contabilità Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Sostit | ☐ |
| UIS | Informatica / Statistica | ☐ |
| UMT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| URU | Risorse Umane | ☒ |
| UAC | Affari Gen. Pubbl. SINISTRI | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| STQ | Staff Clienti | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/21

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

847896
52.95.000/1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **793 /P** del **19.03.2018**

Richiesta di pagamento Num. **742** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | DIBATTISTA / SALVATORE | 21.08.1968 | 230501 | 02.02.2018 | 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 | 78009253180074251 |
| Importi a debito versati | 52,40 |

281
DATA DI PAGAMENTO 15 MAG. 2018

Avvisato per la restituzione all'ente di provenienza

Prot. n.

8130
03 MAG. 2018

| | | |
|------|-------------------------------|--------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| DG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| UAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| UCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Comunicazione / Bilancio | ☐ |
| UES | Esercizio / Servizi | ☐ |
| UIS | Informatica / Statistica | ☐ |
| UNIT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| CRU | Risorse Umane | ☐ |
| UAG | Affari Gen. P.P.R. S.M.S.T.M. | ☐ |
| RAE | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| STQ | Stefi Qualità | ☐ |

1990

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the current situation and what needs to be changed.

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/21

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

52.95 euro

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO (TA)**Fattura Num. **793 /P** del **19.03.2018**Richiesta di pagamento Num. **742** del **19.03.2018**

Pagina 1 di 1

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

| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | DIBATTISTA / SALVATORE | 21.08.1968 | 230501 | 02.02.2018 | 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 | 78009253180074251 |
| Importi a debito versati | 52,40 |

281
15 MAG. 2018

Anno per la raccolta dell'atto di nascita

Prot. n.

8130

del 03 MAG. 2018

| | | |
|------|--------------------------|--------------------------|
| AD | Amministrazione Delegata | ☐ |
| DG | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| WAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| UOM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| UCB | Comerciali Basso | ☐ |
| UES | Esercizio / Servizi | ☐ |
| URS | Informatica / Statistica | ☐ |
| URTI | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| RRU | Relazioni Umane | ☐ |
| UAG | Atti Gen. PPRR STRUTTA | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| STG | Stefi. Quarta | ☐ |

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto | |
|---|---|
| Contr. Rep. n° | del |
| Conv. n° | del |
| Determ. A.D. n° | del |
| Delib. C.A. n° | del |
| Data scadenza pagamento | |
| DATA | L'ADDETTO AL RISCONTRO |
| 23 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 |
| 15 MAG. 2018 | IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione |
| DATA | FIRMA |

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

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

| UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale | |
|--|---|
| Data scadenza pagamento | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| 16 MAG. 2018 | IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione |
| DATA | FIRMA |

| UFFICIO MAGAZZINO
verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali | |
|---|------------------------|
| Contr. Rep. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Delib. C.A. n. | del |
| Data scadenza pagamento | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |

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

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.01/02/2018.0034421

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : DBTSVT68M21L049T Cognome : DIBATTISTA

Nome : SALVATORE

Sesso : M

Data Nascita : 21/08/1968

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, Incapace al lavoro

Visita Domiciliare n.: 230501

Data Visita : 02/02/2018

Ora Visita : 17:25

Data scadenza prognosi medico di controllo : 03/02/2018

Esito Visita : Visitato, Incapace al lavoro

Amat
Assistenza per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

2656

Data

08 FEB. 2018

| | | |
|-----|-----------------------------|--------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| DS | Direttore Generale | ☐ |
| DA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| DT | Direttore Tecnico | ☐ |
| GAP | Appalti / Contratti | ☐ |
| MEM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| ACB | Contabilità Bilancio | ☐ |
| IES | Esercizio / Sosta | ☐ |
| IAS | Informatica / Statistica | ☐ |
| MT | Manutenzione / Tecnica | ☐ |
| URU | Risorse Umane | ☐ |
| UCC | Adm. Gen. P.P.R.R. SINISTRI | ☐ |
| RAG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| STO | Stati Quotidiani | ☐ |