T020/18

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

ESERCIZIO 2018

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1277

INPS-TA

Visite Fiscali

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

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

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

10/9/18

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

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

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

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

Agenzia Entrate

Mod. **F24**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

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

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

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale: Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto

nome

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

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

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

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE – IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio — codice atto

+/- **SALDO (A-B)**

TOTALE A — B

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
7800	VMCF	78004496180069259	00 0000	00 0000	52,40	0,00
7800	VMCF	78004496180069653	00 0000	00 0000	60,11	0,00
7800	VMCF	78004496180069158	00 0000	00 0000	39,02	0,00
7800	VMCF	78004496180068946	00 0000	00 0000	52,40	0,00

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

TOTALE C — D 203,93 — 0,00 + 203,93

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E — F

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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

detrazione

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

TOTALE G — H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

+/- **SALDO (I-L)**

TOTALE I — L

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (M-N)**

TOTALE M — N

FIRMA

SALDO FINALE EURO + 203,93

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

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

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

MOD. F24 – 2013 EURO

Agenzia Entrate

Mod. **F24**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

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

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

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

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

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

comune — prov. — via e numero civico

DOMICILIO FISCALE TARANTO — T A — Via Cesare Battisti 657

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

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ regione/ prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE – IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio — codice atto

+/- **SALDO (A-B)**

TOTALE A — **B**

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
7800	VMCF	78004496180069057	00 0000	00 0000	65,70	0,00
7800	VMCF	78004496180070361	00 0000	00 0000	61,67	0,00
7800	VMCF	78009253180074352	00 0000	00 0000	52,40	0,00
7800	VMCF	78009253180074554	00 0000	00 0000	52,40	0,00

+/- **SALDO (C-D)** 232,17

TOTALE C — 232,17 **D** — 0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E — **F**

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	immob. Erar.	immob. venduti	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

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

detrazione

TOTALE G — **H**

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

+/- **SALDO (I-L)**

TOTALE I — **L**

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (M-N)**

TOTALE M — **N**

FIRMA

SALDO FINALE EURO + 232,17

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

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

MOD. F24 – 2013 EURO

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

Agenzia Entrate

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

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

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

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

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

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

comune — prov. — via e numero civico

DOMICILIO FISCALE TARANTO — T A — Via Cesare Battisti 657

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

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ regione/ prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE – IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio — codice atto

+/- **SALDO (A-B)**

TOTALE A — **B**

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
7800	VMCF	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

+/- **SALDO (C-D)** 260 1 7

TOTALE C — 260 1 7 **D** — 0 0 0

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E — **F**

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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

detrazione

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

TOTALE G — **H**

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

+/- **SALDO (I-L)**

TOTALE I — **L**

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (M-N)**

TOTALE M — **N**

FIRMA

SALDO FINALE EURO + 260 1 7

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE – AZIENDA	CAB/SPORTELLO
1 0 0 8 2 0 1 8	01030	15801

Pagamento presentato alla banca il 07/08/2018
Conto: G 01030 15801 000000008768
Delega Inoltrata

MOD. F24 – 2013 EURO

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

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

24789€

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**

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

Prot. n. 5961
del 28 MAR. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Gestio ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. STATISTICA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

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

247896

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

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

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

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	**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

Prot. n. 5967
del 28 MAR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Spese
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PR.RR. STRATTR.
RAG Uffici Ragioneria
STQ Staff Qualità

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° A2-24 del

Data scadenza pagamento 22-3-18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
12 GIU. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
- 5 GIU. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
- 5 GIU. 2018	

UFFICIO MAGAZZINO
verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
04 GIU. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
28-05-2018	

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.08/01/2018.0005390**

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

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **LRCMRA76T01C349N**
Cognome : **LA ROCCA**
Nome : **MARIO**
Sesso : **M**
Data Nascita : **01/12/1976**
Comune di nascita : **CASTROVILLARI**
Provincia di nascita **CS**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi**
Visita 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
Prot. n. 1380
del 19 GEN. 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAL [illegible] ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : **7800449608/65**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

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

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

Fattura Num. **743 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **689** 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	**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**

REG. ... NUM. 260
DATA CLUDTCH 02 MAG. 2018

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 7091
del 16 APR. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Qualità ☐
☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/65
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

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

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

Fattura Num. **743 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **689** 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	**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**

260
02 MAG. 2018

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 7091
del 16 APR. 2018

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

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° 127.2.18 del

Data scadenza pagamento 29-3-18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
01/08/18	

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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
02 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08-08-2018	

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.01/02/2018.0034394**

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
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2656
del 08 FEB. 2018
- Amministratore Delegato ☐
- Direttore Generale ☐
- Direttore Amministrativo ☐
- Direttore Tecnico ☐
- Acquisti / Contratti ☐
- Commerciale / Marketing ☐
- Contabilità Bilancio ☐
- Esercizio / Sosta ☐
- Informatica / Statistica ☐
- Manutenzione / Tecnica ☐
- Risorse Umane ☐
- Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STO Staff Qualità ☐
- ☐

Mod.VMC/Inf.1 elaborato il: 05/02/2018 alle ore: 9.03.05

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/69**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

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

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

Fattura Num. **745 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **691** 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	**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**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 7093
del 16 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Acquisti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnico
DRU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. Strut.STM
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

PROT. 268
DATA DI ARRIVO 02 MAG. 2018

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/69
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

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

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

Fattura Num. **745 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **691** 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	**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

Prot. n. 7093
del 16 APR. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Controllo Bilancio ☐
UES Esercizio / Sede ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
DRU Risorse Umane ☐
DAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Uffici Ragioneria ☐
STG Staff Qualità ☐
☐

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° Art. 24 SAX del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
14/05/18	

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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
02 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08-08-2018	

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.02/02/2018.0036062**

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

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **DRCDLR73B42L049P**
Cognome : **D'ARCO**
Nome : **ADDOLORATA**
Sesso : **F**
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
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2563
06 FEB. 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UFC Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
URG Ufficio Ragioneria ☐
USQ Staff Qualità ☐
☐

Mod.VMC/Inf.1 elaborato il: 05/02/2018 alle ore: 9.06.49

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : **7800449608/76**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

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

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

Fattura Num. **750 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **696** 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	**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**

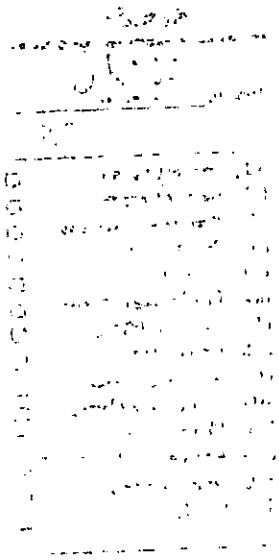
Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

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**

Prot. n. 253
30/04/18

AMAT
Prot. n. 7116
del 16 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Controllo Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnico
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTIM
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità



Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/76
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

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

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

Fattura Num. **750 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **696** 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	**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**

253
30/04/18

Prot. n. 7116
del 16 APR. 2018

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

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° Art. 24 del

Data scadenza pagamento 29/3/18

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 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

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **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 : **MNTVNT64M16D171M**
Cognome : **MONTANARO**
Nome : **VITANTONIO**
Sesso : **M**
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**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2938
del 12 FEB. 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UMC Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
URAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/27**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

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

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

Fattura Num. **796 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **745** 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	**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**

2824
15 MAG. 2018

AMAT
Prot. n. 8133
del 03 MAG. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Uffici Ragioneria ☐
STO Staff Quartiri ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7804925317/27
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

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

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

Fattura Num. **796 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **745** 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	**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**

284
15 MAG. 2018

Prot. n. 8133
del 03 MAG. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PERR STRISTR ☐
RAG Uffici Ragioneria ☐
STO Staff Qualità ☐
☐

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° Art. 26 Stat del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
23 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
23/5/18	

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
16 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 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
08-08-2018	

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.13/02/2018.0048405**

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

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **DPCCRN65T57L049N**
Cognome : **DE PACE**
Nome : **CATERINA**
Sesso : **F**
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
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 3606
del 21 FEB. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
AP Appalti / Contratti ☐
MK Commerciale / Marketing ☐
CB Contabilità Bilancio ☐
ES Esercizio / Sosta ☐
IS Informatica / Statistica ☐
MT Manutenzione / Tecnica ☐
RU Risorse Umane ☐
AC Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Qualità ☐
☐

Mod.VMC/inf.1 elaborato il: 21/02/2018 alle ore: 7.47.50

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

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

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

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

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

282
15 MAG. 2018

AMAT
Prot. n. 8131
del 03 MAG. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sesti
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
DRU Risorse Umane
DAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

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

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

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

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

282
15 MAG. 2018

AMAT
Prot. n. 8131
del 03 MAG. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sesto
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnico
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° 47.2.2 del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
23 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
23/05/18	

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
16 MAG. 2018	

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
28 05 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

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.02/02/2018.0036047**

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
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2656
08 FEB. 2018
Amm.re Delegato ☐
Direttore Generale ☐
Direttore Amministrativo ☐
Direttore Tecnico ☐
Appalti / Contratti ☐
Commerciale / Marketing ☐
Contabilità Bilancio ☐
Esercizio / Sosta ☐
Informatica / Statistica ☐
Manutenzione / Tecnica ☐
Risorse Umane ☑
Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
Ufficio Ragioneria ☐
Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/68**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

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

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

Fattura Num. **744 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **690** 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	**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**

BIO INV. VA 259
DATA 02 MAG. 2018

AMAT
Prot. n. 7092
del 16 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
ORU Risorse Umane
UAG Affari Gen PP.RR. SINDSTRM
RAG Uffici Ragioneria
STU Staff Qualità

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/68
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

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

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

Fattura Num. **744 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **690** 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	**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

Prot. n. 7092
del 16 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Controllo Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnico
DRU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA
RAG Uffici Ragioneria
STC Staff Qualità

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° Art. 25 Ri del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
15/5/18	

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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
02 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08-08-2018	

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.02/02/2018.0036054**

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

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **MRRRMD71S24L049D**
Cognome : **MARRA**
Nome : **ARTEMIO DANIELE**
Sesso : **M**
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
Prot. n. 2656
del 08 FEB. 2018
Amministratore Delegato ☐
Direttore Generale ☐
Direttore Amministrativo ☐
Direttore Tecnico ☐
Acquisti / Contratti ☐
Commerciale / Marketing ☐
Contabilità Bilancio ☐
Esercizio / Sosta ☐
Informatica / Statistica ☐
Manutenzione / Tecnica ☐
Risorse Umane ☐
Affari Gen. PP.AA. SINISTRI ☐
Uffici Autonomi ☐
Staff Qualità ☐
☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/90
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

247896

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

All'azienda :
S.P.A. 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**

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**

PRO. INV. 264
DATA DI REGISTR. 08 MAG. 2018

Prot. n. 7930
del 30 APR. 2018

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

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/90
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

247896

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

All'azienda :
S.P.A. 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**

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

264
08 MAG. 2018

Prot. n. 7930
del 30 APR. 2018

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

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
- 9 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
- 9 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
0 8 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08 05 2018	

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

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
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 3606
del 21 FEB. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
URG Ufficio Risorse Umane ☐
STO Staff Direzione ☐
_____ ☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/70**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

1620

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

256
20/04/19

AMAT
Prot. n. 7113
del 16 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sesto
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnico
DRU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRI
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/70
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

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

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

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

256
20/04/18

Prot. n. 7113
del 16 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Soste
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnico
DRU Risorse Umane
UAG Affari Gen PP.RR. SEGRETERIA
RAG Ufficio Ragioneria
STO Staff Consiglio

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° Art. 24 Sex del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
15/03/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
- 2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
- 2 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
30 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
09.08.2018	

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.05/02/2018.0037804**

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

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **SLDSRG66D30A662Q**
Cognome : **SOLDANO**
Nome : **SERGIO**
Sesso : **M**
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
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2656
Ut. 08 FEB 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PERS. SINISTRI ☐
URG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod.VMC/Inf.1 elaborato il: 08/02/2018 alle ore: 9.20.42

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/28**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

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

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

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

286
15 MAG. 2018

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 8134
del 03 MAG. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
ORU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7804925317/28
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

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

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

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

286
15 MAG. 2018

Prot. n. 8134
del 03 MAG. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Controllo Interno
UES Esercizio / Sesto
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
ORU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA
RAG Uffici Ragioneria
STQ Staff Qualità

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° Art. 32 Stat del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
23 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
23/5/18	

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
16 MAG. 2018	

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
28-05-2018	

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

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.16/02/2018.0052708**

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

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **MRNNGL64C30L049D**
Cognome : **MARINELLI**
Nome : **ANGELO**
Sesso : **M**
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
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 3606
21 FEB. 2018
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAC Affari Con. / RR. SINISTRI ☐
UAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Qualità ☐
☐

Mod.VMC/Inf.1 elaborato il: 21/02/2018 alle ore: 7.51.11

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

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

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

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

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

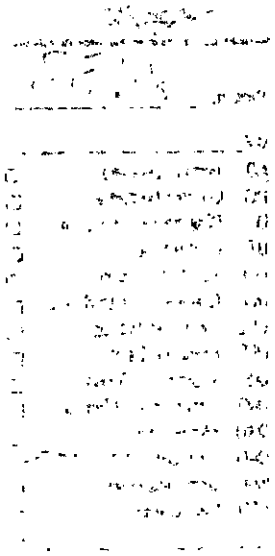
Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

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**

283
15 MAG. 2018

AMAT
Prot. n. 8132
del 03 MAG. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen PP.RR SINDSTRA
RVG Ufficio Regolarità
STQ Staff Qualità



Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

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

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

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

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

283
15 MAG. 2018

Prot. n. 8832
del 03 MAG. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAF Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sesta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTR.
RAG Ufficio Ragioneria
STO Staff Direttore

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° 211-24 STA del

Data scadenza pagamento
29-3-18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
23 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
23/5/18	

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
16 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 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
08-08-2018	

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.13/02/2018.0048347**

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

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **BTNGTN61M31L049Q**
Cognome : **BITONTO**
Nome : **AGOSTINO**
Sesso : **M**
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
del 21 FEB. 2018

- AU Amm.re Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Sosta ☐
- UIS Informatica / Statistica ☐
- UMT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☐
- UAC Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Staff Qualità ☐
- ☐

247896

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7804925317/21**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

52,95 000/1

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. **793 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **742** 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	**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

Prot. n. 8130
del 03 MAG. 2018

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

247896

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7804925317/21
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

52,95 0001

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. **793 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **742** 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	**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

Prot. n. 8130
del 03 MAG. 2018

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

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° Art. 24 Sta del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
23 MAG. 2018	

23 MAG. 2018 **IL RESP. UNITA' CONTRATTI**
per supervisione

DATA	FIRMA
23/05/18	

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
16 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 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
08.08.2018	

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.01/02/2018.0034421**

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
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2656
08 FEB. 2018
AU Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDISTRU ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Qualità ☐
☐