

TGUF 18



ESERCIZIO 20 18

## ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1279

MPR - TA

VIRIB FISCAL

\_\_\_\_\_

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

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

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

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

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

## ORDINATIVO DI PAGAMENTO

| GESTIONE | ESERCIZIO | N. ORDINATIVO | DATA       | COD.CASSA | COD.CASSA | IMPORTO ORDINATIVO |
|----------|-----------|---------------|------------|-----------|-----------|--------------------|
|          | 2018      | 1.279         | 10/08/2018 |           |           | 426,75             |

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: quattrocentoventisei e 75 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

## CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 82/P del 19/03/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

519/P, 1329/P, 1331/P, 1330/P, 1333/P, 1332/P, 82/P

**PAGATO**

17 AGO. 2018

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SpA  
Filiale di TARANTO

|                 |        |
|-----------------|--------|
| IMPORTO LORDO   | 426,75 |
| TOTALE RITENUTE | 0,00   |
| IMPORTO         | 426,75 |

| RISULTANZE<br>DELLA GESTIONE DI CASSA | IMPORTO LORDO           | CASSA | CASSA |
|---------------------------------------|-------------------------|-------|-------|
|                                       | 426,75                  |       |       |
|                                       | PREVISIONE              |       |       |
|                                       | PROG. ORDINATIVI EMESSI |       |       |
| ESTREMI DELIBERA                      | DISPONIBILITA'          |       |       |

VISTO / VERIFICATO

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      | 1.279         | 10/07/2018 |            |            | 426,75             |

**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: quattrocentoventisei e 75 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

**CAUSALE DEL PAGAMENTO**

Doc. n° 82/P del 19/03/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

519/P, 1329/P, 1331/P, 1330/P, 1333/P, 1332/P, 82/P

|                 |        |
|-----------------|--------|
| IMPORTO LORDO   | 426,75 |
| TOTALE RITENUTE | 0,00   |
| IMPORTO         | 426,75 |

| RISULTANZE<br>DELLA GESTIONE DI CASSA | IMPORTO LORDO           | CASSA | CASSA |
|---------------------------------------|-------------------------|-------|-------|
|                                       | PREVISIONE              |       |       |
|                                       | PROG. ORDINATIVI EMESSI |       |       |
|                                       | DISPONIBILITA'          |       |       |
| ESTREMI DELIBERA                      |                         |       |       |

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



**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 \_\_\_\_\_

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 | località/prov./mesa rif. | punto di riferimento | Importi a debito versati | Importi a credito compensati |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|
| <b>IMPOSTE DIRETTE - IVA<br/>RITENUTE ALLA FONTE<br/>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b> |                |                          |                      |                          |                              |
|                                                                                     |                |                          |                      |                          |                              |
|                                                                                     |                |                          |                      |                          |                              |
|                                                                                     |                |                          |                      |                          |                              |
|                                                                                     |                |                          |                      |                          |                              |
|                                                                                     |                |                          |                      |                          |                              |
| codice ufficio                                                                      | codice atto    |                          |                      |                          | +/- SALDO (A-B)              |
|                                                                                     |                |                          | TOTALE A             | B                        |                              |

**SEZIONE INPS**

| codice sede     | causale contributo | matricola INPS/codice INPS/<br>filiale azienda | periodo di riferimento:<br>da mm/aaaa a mm/aaaa | Importi a debito versati | Importi a credito compensati |
|-----------------|--------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 7800            | VMCF               | 78004496180101889 ✓                            | 00 0000 - 00 0000                               | 67 2,0                   | 0 0,0                        |
| 7800            | VMCF               | 78004496180101788 ✓                            | 00 0000 - 00 0000                               | 58 5,7                   | 0 0,0                        |
| 7890            | VMCF               | 78904496180006121 ✓                            | 00 0000 - 00 0000                               | 59 8,1                   | 0 0,0                        |
| <b>TOTALE C</b> |                    |                                                |                                                 | <b>185 5,8 D</b>         | <b>0 0,0</b>                 |
|                 |                    |                                                |                                                 |                          | <b>SALDO (C-D)</b>           |
|                 |                    |                                                |                                                 |                          | <b>185 5,8</b>               |

**SEZIONE REGIONI**[illegible]**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**[illegible]

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

|              | codice sede   | codice ditta | c.c. | numero<br>di riferimento | causale | importi a debito versati | importi a credito compensati |                    |
|--------------|---------------|--------------|------|--------------------------|---------|--------------------------|------------------------------|--------------------|
| <b>INAIL</b> | _____         | _____        | ____ | _____                    | _____   | → _____                  | ← _____                      |                    |
|              | _____         | _____        | ____ | _____                    | _____   | → _____                  | ← _____                      |                    |
|              | _____         | _____        | ____ | _____                    | _____   | → _____                  | ← _____                      |                    |
|              | _____         | _____        | ____ | _____                    | _____   | → _____                  | ← _____                      |                    |
|              | _____         | _____        | ____ | _____                    | _____   | → _____                  | ← _____                      | +/-                |
|              | <b>TOTALE</b> |              |      |                          |         | → _____                  | ← _____                      | <b>SALDO (I-L)</b> |

| codice ente |   | codice sede |   | caricatore contributo |   | codice posizione |   | periodo di riferimento:<br>da mm/aaaa a mm/aaaa |   | Importi a debito versati |   | Importi a credito compensati |   |
|-------------|---|-------------|---|-----------------------|---|------------------|---|-------------------------------------------------|---|--------------------------|---|------------------------------|---|
| 1           | 1 | 1           | 1 | 1                     | 1 | 1                | 1 | 1                                               | 1 | 1                        | 1 | 1                            | 1 |
|             |   |             |   |                       |   |                  |   |                                                 |   | +/-                      |   | <b>SALDO (M-N)</b>           |   |
|             |   |             |   |                       |   |                  |   |                                                 |   | <b>TOTALE M</b>          |   | <b>N</b>                     |   |

**FIRMA**

## SALDO FINALE

|             |   |         |
|-------------|---|---------|
| <b>EURO</b> | + | 185,518 |
|-------------|---|---------|

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

| DATA   |      |      |   | CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE |              | Pagamento presentato alla banca il 07/08/2018<br>Conto: G 01030 15801 000000008768<br>Delega Inoltrata |   |       |       |
|--------|------|------|---|---------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|-------|
|        |      |      |   | AZIENDA                                     | CAB/SPORTELO |                                                                                                        |   |       |       |
| giorno | mesi | anno |   |                                             |              |                                                                                                        |   |       |       |
| 1      | 0    | 0    | 8 | 2                                           | 0            | 1                                                                                                      | 8 | 01030 | 15801 |

## PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

**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 : 7800449608/45

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247896

764

All'azienda :

**S.P.A. AMAT SPA****VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO (TA)**Fattura Num. **519 / P** del **12.03.2018**Richiesta di pagamento Num. **465** 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    | SCARNERA / FRANCESCO          | 19.10.1957      | 229425         | 14.01.2018        | 63,55   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro           | 63,55 |
| Importo Bollo Euro            | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 63,55 |

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

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

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| Codice Sede              | 7800              |
| Causale contributo       | VMCF              |
| Codice INPS              | 78004496180046520 |
| Importi a debito versati | 63,55             |

310  
04 GIU. 2018

Associato per la gestione dell'area di Taranto

Prot. n. 5965

dal 28 MAR. 2018

|     |                          |                          |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato  | <input type="checkbox"/> |
| DG  | Direttore Generale       | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico        | <input type="checkbox"/> |
| UAP | Appalti / Contratti      | <input type="checkbox"/> |
| UCM | Commerciale / Marketing  | <input type="checkbox"/> |
| ULB | Consistenza Bilancio     | <input type="checkbox"/> |
| UES | Esercizio / Spese        | <input type="checkbox"/> |
| URS | Informatica / Statistica | <input type="checkbox"/> |
| UAT | Urbanistica / Tecnica    | <input type="checkbox"/> |
| ORU | Risorse Umane            | <input type="checkbox"/> |
| URS | Attrezzature / Materiali | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Ufficio Ragioniere       | <input type="checkbox"/> |
| STU | Studi Clienti            | <input type="checkbox"/> |

**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 : 7800449608/45

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

24789E

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 519 /P del 12.03.2018

Richiesta di pagamento Num. 465 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    | SCARNERA / FRANCESCO          | 19.10.1957      | 229425         | 14.01.2018        | 63,55   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro           | 63,55 |
| Importo Bollo Euro            | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 63,55 |

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

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

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| Codice Sede              | 7800              |
| Causale contributo       | VMCF              |
| Codice INPS              | 78004496180046520 |
| Importi a debito versati | 63,55             |

310  
04 GIU. 2018

Autosede per la gestione dell'ente di Taranto

Prot. n. 5965  
del 28 MAR. 2018

|      |                           |                          |
|------|---------------------------|--------------------------|
| AD   | Amministrativo Delegato   | <input type="checkbox"/> |
| DG   | Direttore Generale        | <input type="checkbox"/> |
| DA   | Direttore Amministrativo  | <input type="checkbox"/> |
| DT   | Direttore Tecnico         | <input type="checkbox"/> |
| UAP  | Appalti / Contratti       | <input type="checkbox"/> |
| UKM  | Commerciale / Marketing   | <input type="checkbox"/> |
| ULB  | Commercio Elettronico     | <input type="checkbox"/> |
| UES  | Eventi / Spese            | <input type="checkbox"/> |
| URS  | Informatica / Statistica  | <input type="checkbox"/> |
| UNIT | Manutenzione / Tecnico    | <input type="checkbox"/> |
| UPU  | Risorse Umane             | <input type="checkbox"/> |
| UAG  | Atti / Gm. P.P.R. SIRESTA | <input type="checkbox"/> |
| RAE  | Ufficio Ragioneria        | <input type="checkbox"/> |
| STU  | Studi Quantitativi        | <input type="checkbox"/> |

V I S T I

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>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 |
| 12 GIU. 2018                                                            |                        |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione                           |                        |
| DATA                                                                    | FIRMA                  |
|                                                                         |                        |

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

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                        |
| DATA                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
|                                                                             |                        |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>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<br>per supervisione |                        |
| DATA                                                        | FIRMA                  |
| 08 GIU. 2018                                                |                        |

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

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

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

NOTE:





Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.12/01/2018.0011689

**Dati relativi al datore di lavoro**

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

**Dati relativi al lavoratore**

Codice fiscale :

Cognome : SCARNERA

Nome : FRANCESCO

Sesso : M

SCRFNC57R19L049G

Data Nascita : 19/10/1957

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

**Dati relativi all' Esito**

Esito : Visitato, incapace al lavoro

Visita Domiciliare n. : 229425

Data Visita : 14/01/2018

Ora Visita : 10:50

Data scadenza prognosi medico di controllo : 16/01/2018

Esito Visita : Visitato, incapace al lavoro

**AMAT**  
Consorzio per la mobilità nell'area di Taranto

1752  
25 GEN. 2018

- ☐ AD Amministratore Delegato
- ☐ EG Erogatore Generale
- ☐ TA Direzione Amministrativa
- ☐ TE Direzione Tecnica
- ☐ AP Appalti e Contratti
- ☐ CM Committenza e Marketing
- ☐ CB Committenza Utente
- ☐ ES Esami e Controlli
- ☐ IS Informatica e Sistemi
- ☐ MI Manutenzione e Infrastrutture
- ☐ PR Progettazione
- ☐ SC Servizi Clienti e Relazioni
- ☐ RG Ufficio Ragioneria
- ☐ STO Stadi Operativi

# INPS

Istituto Nazionale  
Previdenza Sociale



Direzione Subprovinciale di  
**MANDURIA**

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/07**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

**S.P.A. AMAT SPA**

**VIA CESARE BATTISTI N. 657**

**74121 TARANTO TA**

Fattura N. **82 /P** del **19.03.2018**

Richiesta di pagamento N. **61** 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    | MONTELEONE/CIRO             | 10.12.1965      | 40532          | 09.02.2018        | 59,81   |

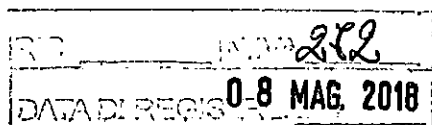
|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Totale Euro                   | 59,81 |
| Bollo Euro                    | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 59,81 |

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              | 7890              |
| Causale contributo       | VMCF              |
| Codice INPS              | 78904496180006121 |
| Importi a debito versati | 59,81             |

Il Direttore Subprovinciale  
**GIANPIERO ANDRISANO**



Attestato per la richiesta notifica di Taranto

Prot. n. **8007**

del **02 MAG. 2018**

|     |                             |                          |
|-----|-----------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato     | <input type="checkbox"/> |
| DG  | Direttore Generale          | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo    | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico           | <input type="checkbox"/> |
| LAP | Appl. / Controlli           | <input type="checkbox"/> |
| UCM | Commerciale / Marketing     | <input type="checkbox"/> |
| UCB | Centrali Utensili           | <input type="checkbox"/> |
| UES | Esercizio / Sussidi         | <input type="checkbox"/> |
| UIS | Informatica / Statistica    | <input type="checkbox"/> |
| UAT | Manutenzione / Tecnico      | <input type="checkbox"/> |
| UTU | Ricerche Utensili           | <input type="checkbox"/> |
| UAG | Atti Gen. P.P.R. S.M.P.S.T. | <input type="checkbox"/> |
| UAG | Utensili Regolarità         | <input type="checkbox"/> |
| UAG | Utensili Qualità            | <input type="checkbox"/> |

# INPS

Istituto Nazionale  
Previdenza Sociale



Direzione Subprovinciale di  
MANDURIA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/07

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. 82 / P del 19.03.2018  
Richiesta di pagamento N. 61 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    | MONTELEONE/CIRO             | 10.12.1965      | 40532          | 09.02.2018        | 59,81   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Totale Euro                   | 59,81 |
| Bollo Euro                    | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 59,81 |

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 7890  
Causale contributo VMCF  
Codice INPS 78904496180006121  
Importi a debito versati 59,81

Il Direttore Subprovinciale  
GIANPIERO ANDRISANO

0-8 MAG. 2018

Archivio per la mobilità nell'area di Taranto

PROV. n. 8007  
del 02 MAG. 2018

AD Amministratore Delegato ☐  
DG Direttore Generale ☐  
DA Direttore Amministrativo ☐  
DT Direttore Tecnico ☐  
UAP Affari / Contratti ☐  
UCM Commerciale / Marketing ☐  
UCB Comunità Diletti ☐  
UES Economia / Scelte ☐  
UIS Informatica / Statistica ☐  
UAT Manutenzione / Tecnica ☐  
UHU Ufficio Umanitario ☐  
UAG Affari Gen. PR. GR. SINISTRA ☐  
UAG Ufficio Ragioneria ☐  
UAG Ufficio Qualità ☐

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>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<br>per supervisione                           |                        |
| DATA                                                                    | FIRMA                  |
| 14/03/18                                                                |                        |

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

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

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

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

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                        |
| DATA                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
|                                                                             |                        |

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

NOTE:

**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



## Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.08/02/2018.0010698

### Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

### Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : MNTCRI65T10L049G Cognome : MONTELEONE

Nome : CIRO

Sesso : M

Data Nascita : 10/12/1965

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. : 40532

Data Visita : 09/02/2018

Ora Visita : 10:23

Data scadenza prognosi medico di controllo : 09/02/2018

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

**Amat**  
Assistenza per la mobilità nell'area di Taranto

29/1/18  
13 FEB 2018

Legg

|     |                              |                          |
|-----|------------------------------|--------------------------|
| AM  | Amministratore Delegato      | <input type="checkbox"/> |
| CG  | Direttore Generale           | <input type="checkbox"/> |
| CA  | Direttore Amministrativo     | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico            | <input type="checkbox"/> |
| MAP | Appalti / Contratti          | <input type="checkbox"/> |
| ICM | Commerciale / Marketing      | <input type="checkbox"/> |
| JCS | Contabilità Bilancio         | <input type="checkbox"/> |
| UES | Esercizio / Sostit           | <input type="checkbox"/> |
| ES  | Informatica / Statistica     | <input type="checkbox"/> |
| UAT | Mantenimento / Tecnica       | <input type="checkbox"/> |
| URU | Risorse Uman                 | <input type="checkbox"/> |
| UCS | Area Contabile / Spese / Pro | <input type="checkbox"/> |
| PAG | Ufficio Pagamenti            | <input type="checkbox"/> |
| ATO | Staff Qualità                | <input type="checkbox"/> |

# 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 : 7800449608/103

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

**03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.**  
**VIA CESARE BATTISTI 657**  
**74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. **1329 /P** del **24.05.2018**

Richiesta di pagamento Num. **1014** del **24.05.2018**

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    | <b>SOLDANO / SERGIO</b>       | <b>30.04.1966</b> | <b>234694</b>  | <b>14.04.2018</b> | <b>52,40</b> |

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Importo Totale Euro           | <b>52,40</b> |
| Importo Bollo Euro            | <b>0,00</b>  |
| Importo da corrispondere Euro | <b>52,40</b> |

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

|                                                                                                                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:</b> |                          |
| Codice Sede                                                                                                           | <b>7800</b>              |
| Causale contributo                                                                                                    | <b>VMCF</b>              |
| Codice INPS                                                                                                           | <b>78004496180101485</b> |
| Importi a debito versati                                                                                              | <b>52,40</b>             |

*Il capo del*  
*del tutto per la mobilità nell'area di Taranto*

Prot. n. **10094**

**6 4 GIU. 2018**

Del \_\_\_\_\_

|     |                             |                          |
|-----|-----------------------------|--------------------------|
| /D  | Amministrativo              | <input type="checkbox"/> |
| DG  | Dirigente Generale          | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Dirigente Amministrativo    | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Dirigente Tecnico           | <input type="checkbox"/> |
| LAP | Agente / Contratti          | <input type="checkbox"/> |
| UCM | Commercio / Marketing       | <input type="checkbox"/> |
| UCB | Commercio / Vendita         | <input type="checkbox"/> |
| UES | Esercizio / Servizi         | <input type="checkbox"/> |
| UIS | Manutenzione / Manutenzione | <input type="checkbox"/> |
| UMT | Manutenzione / Tecnico      | <input type="checkbox"/> |
| URU | Ricerca Umana               | <input type="checkbox"/> |
| UAG | Affari Gen. PP.RR. SINFSTP  | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Unità Regionale             | <input type="checkbox"/> |
| STO | Servi. Qualità              | <input type="checkbox"/> |

**322**  
**11 GIU. 2018**

# 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 : 7800449608/103

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

**03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.**

**VIA CESARE BATTISTI 657**

**74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. 1329 /P del 24.05.2018

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. 1014 del 24.05.2018

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      | 234694         | 14.04.2018        | 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 78004496180101485  
Importi a debito versati 52,40

Fattura n. 10094  
del 24 GIU. 2018

Procl. n. 10094  
del 24 GIU. 2018

del

|     |                             |                          |
|-----|-----------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato     | <input type="checkbox"/> |
| DG  | Direttore Generale          | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo    | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Finanziario       | <input type="checkbox"/> |
| LAP | Agenzia / Contabile         | <input type="checkbox"/> |
| UCM | Commerciale / Marketing     | <input type="checkbox"/> |
| UCB | Commerciale / Vendita       | <input type="checkbox"/> |
| UES | Esercizio / Servizi         | <input type="checkbox"/> |
| UIS | Informatica / Sistemi       | <input type="checkbox"/> |
| UMT | Manutenzione / Tecnico      | <input type="checkbox"/> |
| URU | Ricerca / Ufficio           | <input type="checkbox"/> |
| LAG | Azienda Gen. F.P.R. SINGOLA | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Ufficio Ragioni             | <input type="checkbox"/> |
| STO | Società                     | <input type="checkbox"/> |

322  
11 GIU. 2018

V I S T I

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>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 |
| 15-6-18                                                                 |                        |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione                           |                        |
| DATA                                                                    | FIRMA                  |
| 15/6/18                                                                 |                        |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura                 |                        |
| data scadenza di pagamento presunta                         |                        |
| DATA                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| 01/06/2018                                                  |                        |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                        |
| DATA                                                        | FIRMA                  |
| 08-08-2018                                                  |                        |

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

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

| UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                        |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                                      |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| 13 GIU. 2018                                                                 |                        |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA                  |
| 13 GIU. 2018                                                                 |                        |

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                        |
| DATA                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
|                                                                             |                        |

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

NOTE:





Istituto Nazionale Previdenza Sociale



## Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.13/04/2018.0118165

### Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.

### 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, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi

Visita Domiciliare n. : 234694

Data Visita : 14/04/2018

Ora Visita : 11:08

Data scadenza prognosi medico di controllo : 15/04/2018

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

*AmAc*  
Asses per la mobilità nell'area di Taranto

Fed. n.

16 APR. 2018

- AS Amministratore Delegato ☐
- ES Direttore Generale ☐
- CA Direttore Amministrativo ☐
- TE Direttore Tecnico ☐
- AP Appalti / Contratti ☐
- CM Commerciale / Marketing ☐
- CB Consob / Bilancio ☐
- ES Esercizio / Sosta ☐
- IS Informatica / Statistica ☐
- MT Manutenzione / Tecnica ☐
- DR Direzione ☐
- UN Ufficio 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 : 7800449608/109

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

**03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.**

**VIA CESARE BATTISTI 657**

**74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. **1331 /P** del **24.05.2018**

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. **1016** del **24.05.2018**

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:

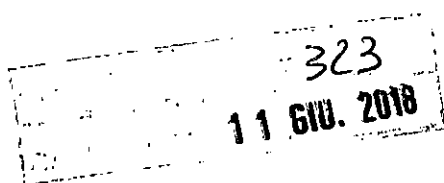
| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1    | OLIVA / GAETANO               | 24.11.1959      | 235120         | 25.04.2018        | 63,55   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro           | 63,55 |
| Importo Bollo Euro            | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 63,55 |

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

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

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| Codice Sede              | 7800              |
| Causale contributo       | VMCF              |
| Codice INPS              | 78004496180101687 |
| Importi a debito versati | 63,55             |



*Fatt. n. 10095*  
Fatt. n. **10095**  
del **11 GIU. 2018**

|     |                                  |                          |
|-----|----------------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato          | <input type="checkbox"/> |
| DG  | Direttore Generale               | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo         | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico                | <input type="checkbox"/> |
| UAP | Amministratore Unico             | <input type="checkbox"/> |
| UCM | Conservatore / Amministratore    | <input type="checkbox"/> |
| UCB | Conservatore / Amministratore    | <input type="checkbox"/> |
| UES | Esattore / Segretario            | <input type="checkbox"/> |
| URS | Isolatore / Segretario           | <input type="checkbox"/> |
| UMT | Amministratore / Tecnico         | <input type="checkbox"/> |
| URU | Ricevitore Unico                 | <input type="checkbox"/> |
| UAG | Azienda Gen. P.R. S. S. S. S. S. | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Ufficio Ragioneria               | <input type="checkbox"/> |
| STQ | Segretario Contabile             | <input type="checkbox"/> |



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

**TARANTO**

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/109

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fat.VMC-2014-1

All'azienda :

03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.

VIA CESARE BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1331 /P del 24.05.2018

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. 1016 del 24.05.2018

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    | OLIVA / GAETANO               | 24.11.1959      | 235120         | 25.04.2018        | 63,55   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro           | 63,55 |
| Importo Bollo Euro            | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 63,55 |

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

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

Codice Sede 7800  
Causale contributo VMCF  
Codice INPS 78004496180101687  
Importi a debito versati 63,55

Relazione per la mobilità nell'area di Taranto

Part. n.

10095

del

04 GIU. 2018

AD Amministratore Delegato ☐  
DG Direttore Generale ☐  
DA Direttore Amministrativo ☐  
DT Direttore Tecnico ☐  
UAP Agente di Pubblica ☐  
UCM Commercialista / Contabile ☐  
UCB Contabile / Bilancio ☐  
UES Esercizio / Segreteria ☐  
URS Informatica / Sistemista ☐  
UMT Manutenzione / Tecnico ☐  
URU Piacere Unione ☐  
UAG Agente Gen. F.P.R. S.P.A. ☐  
RAG Ufficio Ragioneria ☐  
STR Staff Office ☐

323  
11 GIU. 2018

V I S T I

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>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 RISCOENTRO |
| 14-6-18                                                                 |                         |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione                           |                         |
| DATA                                                                    | FIRMA                   |
| 15/06/18                                                                |                         |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura                 |                        |
| data scadenza di pagamento presunta                         |                        |
| DATA                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| 11 GIU. 2018                                                |                        |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                        |
| DATA                                                        | FIRMA                  |
| 08 09 2018                                                  |                        |

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

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

| UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                        |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                                      |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| 13 GIU. 2018                                                                 |                        |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA                  |
| 13 GIU. 2018                                                                 |                        |

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                        |
| DATA                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
|                                                                             |                        |

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

NOTE:

---



---



---



---

**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.24/04/2018.0130980

**Dati relativi al datore di lavoro**

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.

**Dati relativi al lavoratore**

Codice fiscale :

Cognome : OLIVA

Nome : GAETANO

Sesso : M

LVOGTN59S24C136E

Data Nascita : 24/11/1959

Comune di nascita : CASTELLANETA

Provincia di nascita TA

**Dati relativi all' Esito**

Esito : Visitato, Incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 235120

Data Visita : 25/04/2018

Ora Visita : 10:35

Esito Visita : Visitato, Incapace al lavoro, prognosi al curante**AmAt**  
Assente per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

di 26 APR. 2018

- AD Azione Delegata ☐
- EG Segreteria Generale ☐
- BA Segreteria Amministrativa ☐
- ST Segreteria Tecnica ☐
- SP Acquisti / Contratti ☐
- EM Commerciale / Marketing ☐
- UE Contabilità Bilancio ☐
- ES Esercizio / Sesta ☐
- IS Informatica / Statistica ☐
- MT Manutenzione / Tecnica ☐
- JRU Risorse Umane ☒
- JTG Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRI ☐
- JAG Ufficio Segreteria ☐
- JTO Staff Outing ☐



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Matricola INPS : 7800449608/107

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 :

**03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.**

**VIA CESARE BATTISTI 657**

**74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. **1330 /P** del **24.05.2018**

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. **1015** del **24.05.2018**

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      | 235118         | 24.04.2018        | 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.

|                                                                                                                       |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:</b> |                   |
| Codice Sede                                                                                                           | 7800              |
| Causale contributo                                                                                                    | VMCF              |
| Codice INPS                                                                                                           | 78004496180101586 |
| Importi a debito versati                                                                                              | 61,67             |

Attestato per la richiesta di rimborso di Taranto

Prot. n. **10096**  
del **04 GIU. 2018**

|     |                               |                          |
|-----|-------------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato       | <input type="checkbox"/> |
| DG  | Direttore Generale            | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Dirigente Amministrativo      | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico             | <input type="checkbox"/> |
| UAP | Appalti / Contratti           | <input type="checkbox"/> |
| UCM | Commercio / Marketing         | <input type="checkbox"/> |
| UCB | Commercio / Vendita           | <input type="checkbox"/> |
| UES | Eventi / Spese                | <input type="checkbox"/> |
| UIS | Informatica / Assistenza      | <input type="checkbox"/> |
| UIT | Manutenzione / Servizi        | <input type="checkbox"/> |
| URU | Risorse Umane                 | <input type="checkbox"/> |
| UAG | Affari Gen. P.P.A.R. SERVIZIO | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Ufficio Ragioneria            | <input type="checkbox"/> |
| STQ | Staff Qualità                 | <input type="checkbox"/> |

**11 GIU. 2018**



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

**TARANTO**

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/107

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

**03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.**

**VIA CESARE BATTISTI 657**

**74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. **1330 /P** del **24.05.2018**

Richiesta di pagamento Num. **1015** del **24.05.2018**

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      | 235118         | 24.04.2018        | 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 78004496180101586  
Importi a debito versati 61,67

384  
11 GIU. 2018

Accolta per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. 10096  
del 04 GIU. 2018

AD Amm. Delegato ☐  
DG Direttore Generale ☐  
DA Direttore Amministrativo ☐  
DT Direttore Tecnico ☐  
UAP Appalti / Servizi ☐  
UCM Contratti / Manutenzione ☐  
UCB Contratti / Servizi ☐  
UES Esercizio / Servizi ☐  
UIS Informatica / Servizi ☐  
UIT Infrastruttura / Servizi ☐  
URU Risorse Umane ☐  
CAG Affari Gen. PP.AA. CONS. ☐  
RAS Ufficio Rappresentanza ☐  
STO Segreteria ☐

**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

14-6-18

**IL RESP. UNITA' CONTRATTI**  
 per supervisione

DATA FIRMA

15/6/18

**UFFICIO RAGIONERIA**  
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

11 GIU 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

**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

13 GIU. 2018

**IL RESP. UNITA' PERSONALE**  
 per supervisione

DATA FIRMA

13 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 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.7800.24/04/2018.0130971

**Dati relativi al datore di lavoro**

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.

**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. : 235118

Data Visita : 24/04/2018

Ora Visita : 11:17

Data scadenza prognosi medico di controllo : 24/04/2018

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

**Amst**  
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto  
Prot. n. **7678**  
del **26 APR. 2018**

|     |                          |                          |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato  | <input type="checkbox"/> |
| EG  | Direttore Generale       | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico        | <input type="checkbox"/> |
| AP  | Appalti / Contratti      | <input type="checkbox"/> |
| CM  | Commerciale / Marketing  | <input type="checkbox"/> |
| CB  | Contabilità / Bilancio   | <input type="checkbox"/> |
| ES  | Esercizio / Sosta        | <input type="checkbox"/> |
| IS  | Informatica / Statistica | <input type="checkbox"/> |
| MT  | Manutenzione / Tecnica   | <input type="checkbox"/> |
| JRU | Risorse Umane            | <input type="checkbox"/> |
| AG  | Attrezzature / Materiali | <input type="checkbox"/> |
| AG  | Ufficio / Segreteria     | <input type="checkbox"/> |
| STO | Staff / Segreteria       | <input type="checkbox"/> |

# 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 : 7800449608/114

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

**03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.**

**VIA CESARE BATTISTI 657**

**74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. **1333 /P** del **24.05.2018**

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. **1018** del **24.05.2018**

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    | CAVALLARI / MARIO             | 02.01.1992      | 235325         | 30.04.2018        | 67,20   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro           | 67,20 |
| Importo Bollo Euro            | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 67,20 |

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              | 78004496180101889 |
| Importi a debito versati | 67,20             |

*10098*  
Prot. n. *10098*  
G 4 GIU. 2018

Del \_\_\_\_\_

|     |                               |                          |
|-----|-------------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato       | <input type="checkbox"/> |
| DG  | Direttore Generale            | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo      | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico             | <input type="checkbox"/> |
| UAP | Appalto / Contratti           | <input type="checkbox"/> |
| UCM | Commerciale / Marketing       | <input type="checkbox"/> |
| UCB | Coordinatore Bilancio         | <input type="checkbox"/> |
| UES | Economista / Scelta           | <input type="checkbox"/> |
| UIS | Informatica / Statistica      | <input type="checkbox"/> |
| UET | Manutenzione / Tecnica        | <input type="checkbox"/> |
| URU | Risorse Umane                 | <input type="checkbox"/> |
| UNG | Assistenza Personale Sinistra | <input type="checkbox"/> |
| TAG | Ufficio Ragioneria            | <input type="checkbox"/> |
| STQ | Sviluppo Qualità              | <input type="checkbox"/> |

*326*  
11 GIU. 2018

# 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 : 7800449608/114

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.

VIA CESARE BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1333 /P del 24.05.2018

Richiesta di pagamento Num. 1018 del 24.05.2018

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    | CAVALLARI / MARIO             | 02.01.1992      | 235325         | 30.04.2018        | 67,20   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro           | 67,20 |
| Importo Bollo Euro            | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 67,20 |

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 78004496180101889  
Importi a debito versati 67,20

Adesione con la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

10098

del

6 4 GIU. 2018

AD Funz. Delegato ☐  
DG Direttore Generale ☐  
RA Direttore Amministrativo ☐  
DT Direttore Tecnico ☐  
UAP Appalti / Contratti ☐  
UCM Commerciale / Marketing ☐  
UCB Commerciale / Clienti ☐  
UES Economico / Sesto ☐  
UIS Informatica / Statistica ☐  
UMT Manutenzione / Tecnica ☐  
UMU Risorse Umane ☐  
UAG Affari Gen. / P.P.R. / S.M.STR. ☐  
UAG Ufficio Segreteria ☐  
STQ Segret. Qualità ☐

11 GIU. 2018

V I S T I

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>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<br>04-6-18                                      |                        |
| DATA<br>14-6-18                                                         | L'ADDETTO AL RISCONTRO |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione                           |                        |
| DATA<br>15/06/18                                                        | FIRMA                  |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura                 |                        |
| data scadenza di pagamento presunta                         |                        |
| DATA<br>11 GIU. 2018                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                        |
| DATA<br>08-08-2018                                          | FIRMA                  |

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

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

| UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                        |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                                      |                        |
| DATA<br>13 GIU. 2018                                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                |                        |
| DATA<br>13 GIU. 2018                                                         | FIRMA                  |

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                        |
| DATA                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |

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

NOTE:

**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.27/04/2018.0135589

**Dati relativi al datore di lavoro**

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.

**Dati relativi al lavoratore**

Codice fiscale :

Cognome : CAVALLARI

Nome : MARIO

Sesso : M

CVMRA92A02L049M

Data Nascita : 02/01/1992

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

**Dati relativi all' Esito**

Esito : Visita non espletata a motivo di fatti logistici o personali del lavoratore (ad esempio: impossibilità a reperire l'abitazione; impossibilità ad accedere al domicilio; impossibilità a lasciare invito a visita; avvenuta ripresa lavoro; lavoratore in ferie; rifiuto a farsi visitare ecc...)

Visita Domiciliare n. : 235325

Data Visita : 30/04/2018

Ora Visita : 11:17

Esito Visita : Visita non espletata a motivo di fatti logistici o personali del lavoratore (ad esempio: impossibilità a reperire l'abitazione; impossibilità ad accedere al domicilio; impossibilità a lasciare invito a visita; avvenuta ripresa lavoro; lavoratore in ferie; rifiuto a farsi visitare ecc...)

**AmAt**  
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prov. n.

8592

Data

04 MAG. 2018

|    |                                 |                                     |
|----|---------------------------------|-------------------------------------|
| AD | Amministratore Delegato         | <input type="checkbox"/>            |
| EG | Direttore Generale              | <input type="checkbox"/>            |
| TA | Direttore Amministrativo        | <input type="checkbox"/>            |
| DT | Direttore Tecnico               | <input type="checkbox"/>            |
| CA | Appalti / Contratti             | <input type="checkbox"/>            |
| CM | Commerciale / Marketing         | <input type="checkbox"/>            |
| CB | Contabilità / Bilancio          | <input type="checkbox"/>            |
| ES | Esercizio / Sostit.             | <input type="checkbox"/>            |
| IS | Informatica / Statistica        | <input type="checkbox"/>            |
| MT | Mantenimento / Tecnica          | <input type="checkbox"/>            |
| RU | Risorse Umane                   | <input type="checkbox"/>            |
| AC | Azienda Con. PUBBL. SINIST. (S) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| RG | Ufficio Regionale               | <input type="checkbox"/>            |
| ST | Staff Quotid.                   | <input type="checkbox"/>            |
|    |                                 | <input type="checkbox"/>            |



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

**TARANTO**

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/111

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

**03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.**

**VIA CESARE BATTISTI 657**

**74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. **1332 /P** del **24.05.2018**

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. **1017** del **24.05.2018**

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:

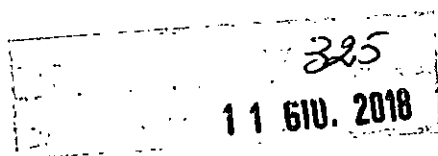
| Prg. | Cognome / nome del lavoratore | Data di nascita | Numero referto | Data della visita | Importo |
|------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1    | TRIVELLI / GIOVANNA           | 01.11.1969      | 235322         | 30.04.2018        | 58,57   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro           | 58,57 |
| Importo Bollo Euro            | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 58,57 |

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              | 78004496180101788 |
| Importi a debito versati | 58,57             |



*Per la*  
Fattura per la richiesta nell'area di Taranto

Prct. n. **10097**  
del **04 GIU. 2018**

|     |                             |                          |
|-----|-----------------------------|--------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato     | <input type="checkbox"/> |
| DG  | Direttore Generale          | <input type="checkbox"/> |
| DA  | Direttore Amministrativo    | <input type="checkbox"/> |
| DT  | Direttore Tecnico           | <input type="checkbox"/> |
| UAP | Appalti / Contratti         | <input type="checkbox"/> |
| UCM | Commercio / Marketing       | <input type="checkbox"/> |
| UCB | Commercio / Bilancio        | <input type="checkbox"/> |
| UES | Esercizio / Servizi         | <input type="checkbox"/> |
| URS | Informatica / Sistemi       | <input type="checkbox"/> |
| UNT | Manutenzione / Tecnico      | <input type="checkbox"/> |
| URU | Ricerca Umana               | <input type="checkbox"/> |
| UAG | Affari Gen. PP.RR. SINISTRA | <input type="checkbox"/> |
| RAG | Ufficio Ragioneria          | <input type="checkbox"/> |
| STQ | Stadi Qualità               | <input type="checkbox"/> |

# 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 : 7800449608/111

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

**03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.**

**VIA CESARE BATTISTI 657**

**74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. **1332 /P** del **24.05.2018**

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. **1017** del **24.05.2018**

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    | TRIVELLI / GIOVANNA           | 01.11.1969      | 235322         | 30.04.2018        | 58,57   |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Importo Totale Euro           | 58,57 |
| Importo Bollo Euro            | 0,00  |
| Importo da corrispondere Euro | 58,57 |

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 78004496180101788  
Importi a debito versati 58,57

325  
11 GIU. 2018

Procedura per la richiesta nell'area di Taranto

Prot. n. **10097**  
del **6 4 GIU. 2018**

AD Amministratore Delegato ☐  
DG Direttore Generale ☐  
DA Direttore Amministrativo ☐  
DT Direttore Tecnico ☐  
UAP Appalti / Contratti ☐  
UCM Commerciale / Marketing ☐  
UCB Commerciale / Servizi ☐  
UES Esercizio / Servizi ☐  
URS Informatica / Sistemi ☐  
UMET Manutenzione / Tecnica ☐  
URU Risorse Umane ☐  
UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRA ☐  
RAG Ufficio Ragioneria ☐  
STQ Servizi Qualità ☐

V I S T I

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>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<br>04-6-18                                      |                        |
| DATA<br>15-6-18                                                         | L'ADDETTO AL RISCONTRO |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione                           |                        |
| DATA<br>15/06/18                                                        | FIRMA                  |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura                 |                        |
| data scadenza di pagamento presunta                         |                        |
| DATA<br>11 GIU. 2018                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                        |
| DATA<br>08-08-2018                                          | FIRMA                  |

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

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

| UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                        |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                                      |                        |
| DATA<br>13 GIU. 2018                                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                |                        |
| DATA<br>13 GIU. 2018                                                         | FIRMA                  |

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                        |
| DATA                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |

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

NOTE:



**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.27/04/2018.0135558

**Dati relativi al datore di lavoro**

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.

**Dati relativi al lavoratore**

Codice fiscale :

Cognome : TRIVELLI

Nome : GIOVANNA

Sesso : F

TRVGNN69S41L049B

Data Nascita : 01/11/1969

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. : 235322

Data Visita : 30/04/2018

Ora Visita : 11:12

Data scadenza prognosi medico di controllo : 30/04/2018

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.

7975  
02 MAG. 2018

|     |                            |                                     |
|-----|----------------------------|-------------------------------------|
| AD  | Amministratore Delegato    | <input type="checkbox"/>            |
| AG  | Direttore Generale         | <input type="checkbox"/>            |
| CA  | Direttore Amministrativo   | <input type="checkbox"/>            |
| CT  | Direttore Tecnico          | <input type="checkbox"/>            |
| ZAP | Appalti / Contratti        | <input type="checkbox"/>            |
| SCM | Commerciale / Marketing    | <input type="checkbox"/>            |
| SCB | Contabilità Bilancio       | <input type="checkbox"/>            |
| UES | Esercizio / Sosta          | <input type="checkbox"/>            |
| IS  | Informatica / Statistica   | <input type="checkbox"/>            |
| UMT | Manutenzione / Tecnica     | <input type="checkbox"/>            |
| URU | Risorse Umane              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| URS | Atti - Con. PROR. SINISTRI | <input type="checkbox"/>            |
| RAG | Ufficio Ragioneria         | <input type="checkbox"/>            |
| SIC | Staff Qualità              | <input type="checkbox"/>            |