

T198/19



ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 429

INPS - ASDRIA

VISITA FISCALE



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

Sede legale ed amministrativa: 74100 TARANTO - Via C. Battisti, 657
Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247
Codice fiscale, Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733
Capita Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	2019	429	13/03/2019			59,04

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: cinquantanove e 04 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 1481/P del 05/12/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

1481/P

IMPORTO LORDO	59,04
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	59,04

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	59,04	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

8357

514155

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. Fatt. VMC-2017-1

Matricola INPS: 7800449608/000
Partita IVA: 00146330733
Codice Fiscale: 00146330733

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

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

Fattura Num. 1481 /P del 05/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 000884 del 05/12/2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	LA ROSSA / ILARIO	26/02/1973	81318	22/11/2018	59,04

Importo Totale Euro	59,04
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	59,04

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

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

Codice Sede 0901
Causale contributo VMCF
Codice INPS 09014496180088466
Importi a debito versati 59,04

IL DIRETTORE DELLA SEDE
S. SARACINO

Luciano Lucilli
Responsabile U.O.
Controllo Prestazioni e Ricorsi Amm.vi

Prot. n. 22676
del 18 DIC. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglio di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti/Contratti ☐
UCM Commerciale/Marketing ☐
UCB Centrali/Bilancio ☐
UES Esercizio/Scoti ☐
UIS Informatica/Contabile ☐
UTM Manutenzione/Tecnica ☐
URM Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. F.P.R. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
LTC Medico Competente ☐
RSP R.S.P.A. ☐

Prot. 561
21/12/18

IP6bis 0954 del 07 DIC. 2018

8357

514155

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. Fatt. VMC-2017-1

Matricola INPS: 7800449608/000
Partita IVA: 00146330733
Codice Fiscale: 00146330733

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

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

Fattura Num. 1481 /P del 05/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 000884 del 05/12/2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	LA ROSSA / ILARIO	26/02/1973	81318	22/11/2018	59,04

Importo Totale Euro	59,04
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	59,04

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

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

Codice Sede 0901
Causale contributo VMCF
Codice INPS 09014496180088466
Importi a debito versati 59,04

IL DIRETTORE DELLA SEDE
S. SARACINO
Luciana Iodini
Responsabile U.O.
Controllo Prestazioni e Ricorsi Amm.vi

Prot. n. 22676
del 18 DIC. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglio di Amministrazione ☐
DG Direzione Generale ☐
DA Direzione Amministrativa ☐
UAP Ufficio Amministrativo ☐
UTM Ufficio Tecnico Marketing ☐
LGG Ufficio Legale ☐
UET Ufficio Economico ☐
UIG Ufficio Informatico ☐
UTM Ufficio Tecnico ☐
UAG Ufficio Amministrativo ☐
PAG Ufficio Pagamenti ☐
SPQ Servizio Clienti ☐
UO Ufficio Operativo ☐
RSP Rappresentanza ☐

Prot. 561
2/12/18

IP6bis 0954 del 07 DIC. 2018

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

DATA L'ADDETTO AL RISCONTRO

17-1-19

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA FIRMA

17/1/19

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

16 GEN. 2019

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA FIRMA

16-03-2019

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA

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

Conferimento del Prot.....

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

DATA FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

16 GEN. 2019

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA FIRMA

16 GEN. 2019

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:



Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 090103 - ANDRIA

Protocollo: INPS.0901.20/11/2018.0187070

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : LRSLR173B26L328G Cognome : LA ROSSA

Nome : ILARIO

Sesso : M

Data Nascita : 26/02/1973

Comune di nascita : TRANI

Provincia di nascita BT

Dati relativi all' Esito

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

☒ Domiciliare n. : 81318

Data Visita : 22/11/2018

Ora Visita : 10:00

Data scadenza prognosi medico di controllo : 22/11/2018

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

Indirizzo : VIA VECCHIA TRANI-CORATO N. 17/A

CAP : 76125

Comune : TRANI

Provincia : BT

Prot. n.

20919
26 NOV. 2018

del

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consigliere di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Ufficio Conteste ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCR Commerciale / Rende ☐
UES Esterno / S. J. ☐
UIS Informatica / Statistico ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Rende / Urm ☐
UAG Aff. Con. F. P. R. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioni ☐
STQ Staff Qualità ☐
MC Media Comptente ☐
REP R. P. P. ☐

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

DATI ANAGRAFICI

AMAT SPA

data di nascita giorno mese anno sesso [M o F] comune [lo Stato estero] di nascita

nome

prov.

DOMICILIO FISCALE

TARANTO

prov.

via e numero civico

VIA CESARE BATTISTI 657

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

codice identificativo

SEZIONE IRPEF

**IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

B

SALDO (A-B)

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/livello azienda

periodo di riferimento da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

0901

VMCF

09014496180088466

59,04

TOTALE C

D

SALDO (C-D)

59,04

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E

F

SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune

immo. vari. Acc. Salto

numero immo.

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE G

H

SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

TOTALE I

L

SALDO (I-L)

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

periodo di riferimento da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M

N

SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO

59,04

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPLETARE A CURA DI BANCHE/POSTE/AGENTI DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

I.T.

firma