



T279/19

ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 572

CETERA FRANCESCO

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


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

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

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

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

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD. CASSA	COD. CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	2019	572	18/04/2019			42,00

IL CASSIERE
**PAGHERA' LA SOMMA DEL PRESENTE ORDINATIVO
DI PAGAMENTO A FAVORE DI:**

CETERA FRANCESCO

VIA MARTIRI PORTELLA DELLA GINESTRA 50

74018 PALAGIANELLO (TA)

Partita IVA: C.F. CTRFNC98D28C136G

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: quarantadue e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

POSTE ITALIANE SPA

IBAN: IT64U0760105138292497192498

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 2 del 03/04/2019

PAGAMENTO FATTURE N.

2

IMPORTO LORDO	42,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	42,00

RISULTANZE 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

514209

727P/1P
18/4/19

**MODELLO DI RICEVUTA
PER PRESTAZIONE OCCASIONALE**

Ricevuta n. 2 data 03/04/2019

Il/la sottoscritto/a CETERA FRANCESCO
nato/a a CASTELLANETA
il 28.04.1998 e residente a PALAGIANELLO
in via MARTIRI PORTELLA DELLA GINESTRAN 50 CAP 74018
codice fiscale CTRFNC98DC136G

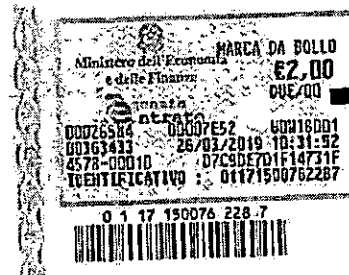
DICHIARO

di aver ricevuto dalla Società **AMAT S.p.A.**, con sede in Taranto, via Cesare Battisti, 657, CAP 74121, Partita IVA 00146330733 le somme sotto indicate a fronte di prestazioni di lavoro autonomo occasionale riguardante l'evento "Natale tra i Due Mari" a bordo dell'Adria tenutosi il 24 Novembre 2018.

compenso lordo: **50,00 €**

marca da bollo: **2,00 €**

ritenuta d'acconto 20%: **10,00 €**



Prestazione esclusa dal campo di applicazione dell'IVA ai sensi dell' art. 5 del D.P.R. n. 633/1972

Taranto, 03/04/2019

In fede

Fm Cerla

IT 6400460105138292497192498

Pr. 1720
18/4/19

514209

**MODELLO DI RICEVUTA
PER PRESTAZIONE OCCASIONALE**

Ricevuta n. 2 data 03/04/2019

Il/la sottoscritto/a CETERA FRANCESCO
nato/a a CASTELLANETA
il 28.04.1998 e residente a PALAGIANELLO
in via MARTIRI PORTELLA DELLA GINESTRAN 50 CAP 76018
codice fiscale CTFNC98DC136G

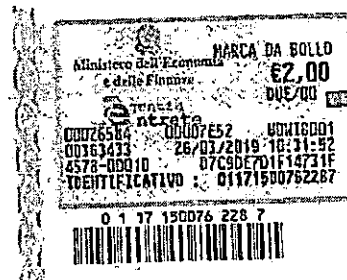
DICHIARO

di aver ricevuto dalla Società **AMAT S.p.A.**, con sede in Taranto, via Cesare Battisti, 657, CAP 74121, Partita IVA 00146330733 le somme sotto indicate a fronte di prestazioni di lavoro autonomo occasionale riguardante l'evento "*Natale tra i Due Mari*" a bordo dell'*Adria* tenutosi il 24 Novembre 2018.

compenso lordo: **50,00 €**

marca da bollo: **2,00 €**

ritenuta d'acconto 20%: **10,00 €**



Prestazione esclusa dal campo di applicazione dell'IVA ai sensi dell' art. 5 del D.P.R. n. 633/1972

Taranto, 03/04/2019

In fede
F. Cetera

IT 640 0460 1051 3829 2497 192498

Pr. 132
15/4/19

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

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA FIRMA

18-06-2019

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

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO
 verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO
 verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE: