

T. 225



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

ESERCIZIO 20 21

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 396

IRPEF & CONTRIBUTI GEN/2021

**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
	2021	396	16/02/2021			185.853,87

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

MINISTERO DELLE FINANZE - VERS. F/24-23

/ ()

Partita IVA: C.F.

CC 13.07.0001;

Partita IVA: C.F.

DICONSI EURO: centoottantacinquemilaottocentocinquantatrè e 87 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

G/C IRPEF/CONTRIB. SU RETRIB. GENNAIO 2021

PAGAMENTO FATTURE N.

IMPORTO LORDO

185.853,87

IMPORTO LORDO

185.853,87

TOTALE RITENUTE

0,00

IMPORTO

185.853,87

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	PREVISIONE	185.853,87	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

REGIONE	PUGLIA
AZIENDA	AMAT S.p.A. AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO
INDIRIZZO	VIA CESARE BATTISTI, 657
TELEFONO	099-7356111
FAX	099-7794247

ONERI COMPETENZA ANNO 2014	
(LEGGE 23 DICEMBRE 2005, N.266, ART.1 COMMA 273)	
Numero medio dipendenti addetti specificatamente al T.P.L. nell'anno ed interessati all'applicazione degli accordi nazionali intervenuti in tema di malattia (escluso dirigenti, cfl, contratti di inserimento, apprendisti, etc.) inclusi i contratti a tempo determinato	406,66

TRATTAMENTI "AGGIUNTIVI" DEFINITI DAGLI ACCORDI NAZIONALI 18.09.2005 - 15.11.2005, comprensivi dei ratei di 13 ^a e 14 ^a - escluso accantonamento TFR	
SOMME ANNUE EROGATE DALL'AZIENDA A TITOLO DI: malattia, infortunio non sul lavoro, aspettativa (al netto trattamento INPS)	392.109,90
SOMME ANNUE EROGATE DALL'AZIENDA A TITOLO DI: infortunio sul lavoro e malattie professionali (al netto trattamento INAIL)	18.957,50
Totale A	411.067,40
SOMME ANNUE EROGATE DALL'AZIENDA per i primi 3 giorni di ogni episodio di malattia (cd. periodo di carenza) (1) (2) Totale B1	329.281,69
Per le sole aziende che nel 2004 ponevano parte dell'onere dei primi 3 giorni di malattia a carico dell'INPS digitare il 50% del totale B1, altrimenti digitare 0,00 Totale B2	164.640,85
Totale ottenuto automaticamente sottraendo dal totale A) l'importo del totale B2 oppure, se il totale B2 è nullo, l'importo del totale B1 Totale C	246.426,56
ONERI SOCIALI SUL TOTALE C)	IMPORTI
INPS (per la sola parte a carico azienda)	70.789,20
INAIL (per la sola parte a carico azienda)	7.043,11
TOTALE D)	77.832,30
ONERE COMPLESSIVO (C+D)	324.258,86

ONERE COMPLESSIVO (C+D)

importo in lettere

Trecento ventiquattro mila duecento cinquantotto / 86

LUOGO E DATA

Taranto, 30 MARZO 2015

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA

IL COLLEGIO SINDACALE (ove costituito) o/è
IL SOGGETTO DEPUTATO alla REVISIONE dei

(1) Per l'individuazione del periodo di carenza si fa riferimento alla disciplina INPS, anche nel caso di personale impiegatizio

(2) per le aziende a cui trova applicazione l'accordo nazionale del 15 novembre 2005, il valore del Totale B1) va calcolato prendendo a riferimento la sola retribuzione normale di cui all'art. 3 del CCNL 27.11.2000, nei valori in atto.

P 2514

F/24 RETRIBUZIONI GENNAIO 2021

		13,24,0001	13,21,0020	13,21,0040	13,21,0110	13,21,0080	05,08,0140	13,21,0130	13 13	13,21,0050	13,21,0200	13,21,0150	13,21,0120	13 13	13,21,0180	05, 0.1	05,08,0150	13,21,0160	13,24,0050	
MOD	INPS	1001+1053+ 1845-1655+ 1846-1627- 1631-1701	1004 (1001)	1002	1712 - 1713	6740	1630	#	#	1012	3790	3802-1669	4730 4731	#	3795	##	3847+3845-1671	3848	INAIL	F/24
2	94.605,00	40.842,60			4.027,90					26.462,07			93,76					84,03		166.115,36
3													14.126,01					121,80		14.247,81
4																		138,84		138,84
5																		96,90		96,90
6																		287,95		287,95
7																		229,09		229,09
8																		118,64		118,64
9																		59,48		59,48
10																		189,54		189,54
11																		4.127,12		4.127,12
12																		243,14		243,14
13																				0,00
14																				0,00
15																				0,00
16																				0,00
17																				0,00
18																				0,00
19																				0,00
20																				0,00
21																				0,00
22																				0,00
23																				0,00
24																				0,00
25																				0,00
26																				0,00
27																				0,00
28																				0,00
TOT	-56.414,00	117.877,01	0,00	0,00	4.027,90	0,00	0,00	#	#	26.462,07	0,00	14.219,77	0,00	#	0,00	##	0,00	5.696,53	73.984,59	185.853,87
ONT	267.844,12	117.680,97	196,04		4.027,90					26.462,07		14.219,77						5.696,53	73.984,59	510.111,99
Diff.	-324.258,12	196,04	-196,04	0,00	0,00	0,00	0,00	#	#	0,00	0,00	0,00	0,00	#	0,00	##	0,00	0,00	0,00	-324.258,12
ARROT. 2515		2507																		

DELEGA IRREVOCABILE A:

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.P.A.

AGENZIA

SUCCURSALE DI TARANTO PROV. TA

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

Azienda per la Mobilita' nell'Area di Taranto SpA

data di nascita
giorno mese anno
comune

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	rateazione/regione/ prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	da	periodo di riferimento: mm/aaaa	a	mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE C								D	+/- SALDO (C-D)

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	Immob. Ravv. Variaz.	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
C 43 6					3848	0001	2020	6,17		
C 74 1					3848	0001	2020	6,92		
D 17 1					3848	0001	2020	60,81		
D 46 3					3848	0001	2020	64,94		
TOTALE G								138,84 H		+/- SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	a.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I						L	+/- SALDO (I-L)

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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 138,84

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLI
1 6 0 2 2 0 2 1			01030	15801

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

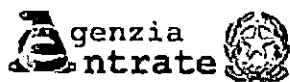
CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

IT1810103015801000001484939

firma

1*COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE



**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

**BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S
.P.A.**

AGENZIA

SUCCURSALE DI TARANTO PROV. TA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

Mod. F24

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

Azienda per la Mobilita' nell'Area di Taranto SpA

data di nascita

giorno

mese

anno

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

TARANTO

T A VIA CESARE BATTISTI 657

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice ufficio

codice atto

codice tributo

rateazione/regionale/
prov./mese rif.

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE A

B

SALDO (A-B)

SEZIONE INPS

codice
sede

causale
contributo

matricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

da

mm/aaaa

a

mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE C

D

SALDO (C-D)

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

Ravv. versati

Ass.

Saldo

numero
immobili

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 ED ASSICURATIVI

codice sede

codice ditta

c.a.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE I

L

SALDO (I-L)

codice ente

codice sede

causale
contributo

codice posizione

da

mm/aaaa

a

mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M

N

SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 229,09

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPIRE ANCHE DICHIARANDO POSTERIORI DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

giorno mese anno

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

1 6 0 2 2 0 2 1

01030

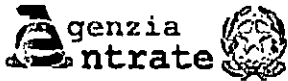
15801

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

IT1810103015801000001484939

firma

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE


**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.
P.A.

AGENZIA

SUCCURSALE DI TARANTO PROV. TA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

DATI ANAGRAFICI

Azienda per la Mobilita' nell'Area di Taranto SpA

nome

data di nascita

giorno

mese

anno

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

TARANTO

T A VIA CESARE BATTISTI 657

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

codice tributo

rateazione/regione/
prov./mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice ufficio

codice atto

TOTALE

A

B

SALDO (A-B)

SEZIONE INPScodice
sedecausale
contributomatricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

da

mm/aaaa

a

mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE

C

D

SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONIcodice
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

DEBITO IMMOBILIARE

codice ente /
codice comuneImmob.
Ravv.

Variaz.

Acc.

Saldo

numero
immobili

codice tributo

rateazione/
mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

E 99 5

3848

0001

2020

2433

F 02 7

3848

0001

2020

4705

F 53 1

3848

0001

2020

1984

F 56 3

3848

0001

2020

2742

TOTALE

G

H

SALDO (G-H)

detrazione

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED 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

da

mm/aaaa

a

mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE

M

N

SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO

118,64

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

giorno mese anno

1 6 0 2 2 0 2 1

01030

15801

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

I118I0103015801000001484939

firma

1*COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

