

DIPENDENTE

CESSARIO CASSAPPE

ESR6PP63D1868BD

MATRICOLA

N. 1906

NAT. A POMPSI (NA)

IL 18.04.1963 STATO CIVILE

INDIRIZZO VIA MONFALCONE 12
PROET SAN GIORGIO JONIO

VARIAZIONE
3351261638

TEL.

TITOLO DI STUDIO

POSIZIONE MILITARE

31848

INVALIDO CATEG.

PROFUGO PROVENIENTE DA

ORFANO VEDOVA

PENSIONATO TESSERA N.

CARICHE SINDACALI

DATA DI ASSUNZIONE 18.06.2014

CATEG. PAR. 27

NULLA OSTA UFF. COLLOC. N. DATA COMANDANTE

DOCUMENTO D'IDENTITÀ N.

COMUNE O PREFETTURA DATA

LIBRETTO DI LAVORO N. QUALIFICA CAT.

COMUNE DATA

☒ LICENZIAMENTO ☐ DIMISSIONI DATA 20.08.2014

MOTIVO SBARCO Anticipato

DATA COMUNICAZIONE UFF. COLLOCAMENTO

DOCUMENTI RESTITUITI

DATA RESTITUZIONE DOCUMENTI

FIRMA

30/9

[illegible]

Prot. az. n° 13228/UP

Taranto, 18/06/2014

Al Sig.
Cesario Giuseppe
Via Monfalcone n° 12
74027 San Giorgio Jonico (TA)

OGGETTO: Servizio idrovie stagione 2014: assunzione con contratto di lavoro a tempo determinato a tempo pieno dal **18 giugno 2014** al **30/09/2014**, nel profilo professionale di "Comandante di coperta"

Si comunica che, atteso l'esito positivo della visita medica preventiva di imbarco, la S.V. è assunta alle dipendenze dell'AMAT SpA, con contratto di lavoro a tempo determinato a tempo pieno.

Il presente contratto di lavoro decorre dal **18 giugno 2014** e si risolverà, ad ogni effetto contrattuale e di legge, senza necessità di preavviso e/o di ulteriore comunicazione, il **30/09/2014**, quale ultimo giorno lavorativo.

Il contratto in esame è subordinato alla condizione risolutiva del persistere sia della sua condizione di idoneità specifica alle mansioni di comandante, sia della relativa autorizzazione all'imbarco rilasciata, nel caso di specie, dalla Capitaneria di Porto di Taranto.

In applicazione della classificazione del personale addetto alla navigazione lagunare, così come recepita da ASSTRA ed ANAV nel verbale d'incontro dell'8/10/2002, ed in esecuzione del verbale d'accordo del 24/05/2007, sottoscritto tra l'AMAT S.p.A. e le OO.SS. di categoria, regolarmente depositato presso la competente Capitaneria di Porto di Taranto, l'assunzione viene disposta con l'attribuzione del profilo professionale di "Comandante di coperta", parametro retributivo 217, in servizio di prova ex R.D. n° 148/1931 della durata di 3 (tre) settimane di servizio effettivo.

Eventuali sue dimissioni volontarie prima del termine di scadenza fissato potranno avere effetto solo dopo 30 (trenta) giorni la formale accettazione dell'Azienda. Nel caso di mancato rispetto del termine sarà applicata una penale pari al compenso corrispondente ai giorni di mancato preavviso.

La S.V. avrà il compito di svolgere l'attività di "Comandante" a bordo delle due motonavi aziendali Adria/Clodia (entrambe di stazza lorda di 141,7 tons), con vincolo di subordinazione e dipendenza gerarchica direttamente dal Responsabile dell'Area Esercizio e dal Direttore Generale.

Il trattamento normativo spettante è quello riveniente dal CCNL Autoferrotranvieri – Internavigatori (settore navigazione lagunare); in particolare la retribuzione mensile dovuta, da corrispondersi per le mensilità di durata del contratto, oltre che per i ratei delle mensilità aggiuntive (13^a e 14^a), sarà costituita dalle seguenti voci:

- Retribuzione tabellare	€	1'249,64
- C.A.U.	€	26,97
- Indennità di mensa	€	16,53
- Indennità di contingenza	€	550,41
- T.D.R.	€	64,04

oltre alle indennità variabili rivenienti dal CCNL di categoria applicato.

Il suo orario di lavoro è fissato in 39 ore settimanali, con una media giornaliera di 6,30 ore, su un ciclo lavorativo di 17 settimane, così come previsto dal CCNL di categoria. La prestazione lavorativa dovrà essere effettuata nei turni e negli orari che le saranno tempestivamente comunicati.

La S.V. maturerà i giorni di ferie e le festività soppresse come indicate dalle disposizioni contrattuali vigenti.

L'AMAT S.p.A. ha facoltà di recedere anticipatamente dal contratto, ai sensi di legge, per giusta causa o giustificato motivo, ovvero qualora siano accertati rilevanti violazioni disciplinari da parte della S.V.

Per tutto quanto non espressamente stabilito e pattuito, saranno applicate le disposizioni contenute negli AA.NN. 27/11/2000 e 18/11/2004, nel verbale dell'8 ottobre 2002 sottoscritto dalle Organizzazioni datoriali ASSTRA e ANAV con le OO.SS. FILT-CGIL, FIT-CISL e UIL-TRASPORTI, nel D.Leg.vo n° 368/2001, e successive modiche ed integrazioni, nonché nel R.D. n° 148/1931 e nei regolamenti aziendali, in quanto applicabili.

Il numero di matricola aziendale che le viene attribuito è: **1906**.

Si fa presente, altresì, che i numeri di posizione aziendale sono i seguenti: INPS n° 7805057644; INAIL n° 71021230/20.

L'Ufficio Personale provvederà, infine, a fornirLe copia dei documenti di cui all'art. 12 del Regolamento All. "A" ed acquisire il suo consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente.

La presente dovrà essere firmata per accettazione.

Il Direttore Generale
(Ing. Giovanni Matichecchia)

IL PRESIDENTE
(Dott. Francesco Walter Poggi)

Per accettazione
(Sig. Cesario Giuseppe)

**ANEXO IV: Modelo de Certificado de Empresa Naviera, a efectos de
acreditar periodos de embarque**

Dr Francesco Walter Poggi con identity Card number 1362458AA9, issued by the Municipality of Taranto, Representative of the "AMAT S.P.A." Taranto – Italy

Certify that,

Mr. Cesario Giuseppe, with certificate as Master, has been serving on board of the bellow named Ship "ADRIA" with the capacity of Master.

Embarking Date: 18/06/2014, in the Port of Taranto
Disembarking Date: 09/08/2014, in the Port of Taranto

Number of months in the ship: 01 month, 22 days

Identification of the Ship:

Ship's name: "ADRIA" IMO Number: VE 8363 – IWUN
Flag: Italian; Type of Vessel: Passenger Ship
GT: 155,54 T. and propulsion power 147 Cv. x 2

In Taranto, 08 MAG. 2015

Sign and Ship or Owner's Stamp

(Dott. Francesco Walter POGGI)

1906

Oggetto: l: Documentacion pendiente GMDSS-Giuseppe Cesario
Mittente: "cesario.1963@libero.it" <cesario.1963@libero.it>
Data: 23/04/2015 19.01
A: amat <amat@amat.ta.it>

Alla c.a del Dott. Poggi
e.p.c. Ufficio Personale Dott.ssa Menenti
Il sottoscritto Cesario Giuseppe formula la presente al fine di richiedere alla S.V.
il rilascio del certificato (così come richiesto dal Centro di Formazione
Spagnolo) al fine di riconvalidare il proprio certificato GMDSS.
Colgo l'occasione per porgere distinti saluti
C.L.C. Giuseppe Cesario (Mob. 335/1267638)

----Messaggio originale----

Da: mcovadongarf@centrojovellanos.com

Data: 22-apr-2015 13.12

A: "'cesario.1963@libero.it'" <'cesario.1963@libero.it'>

Ogg: Documentacion pendiente GMDSS-Giuseppe Cesario

Le renvío en el email adjunto, la documentación que debe enviar para que podamos renovar.

Un saludo,

Covadonga Ruiz

Servicio de Programas de Formación y Certificación

Centro Jovellanos

Tel.: 985 15 98 00

Fax: 985 16 76 04

mcovadongarf@centrojovellanos.com

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

Prot. n.

7658

del

24 APR. 2015

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



P

Antes de imprimir este e-mail piense bien si es necesario hacerlo: El medio ambiente es cosa de todos

Nota: "La reserva de plaza en el curso no implica la realización del mismo. El curso podrá ser

cancelado por no alcanzarse un mínimo de participantes o por causas de fuerza mayor.

NOTA: Se advierte que la realización de los cursos conlleva hacer prácticas que originan cargas de trabajo que producen reacciones cardiovasculares y broncopulmonares de mayor o menor intensidad. Será responsabilidad del alumno acceder al curso en las adecuadas condiciones psicofísicas necesarias y suficientes".

De: Covadonga Ruíz Fernández
Enviado el: martes, 24 de marzo de 2015 14:29
Para: 'amat@amat.ta.it'
Asunto: Documentacion pendiente GMDSS-Giuseppe Cesario

Estimado Sr. Poggi:

Hemos recibido la documentación de D. Giuseppe Cesario y le informamos que para poder revalidar su título y expedir su tarjeta profesional, es necesario que envíe lo siguiente:

"Anexo IV", indicando el embarque que realizó del 18/06/14 al 09/08/14.

18-6, 2014 Az 08.08.614

Adjunto remito documento a completar.

Esto puede ser enviado por fax al número +34 985 16 76 04 o por email a:
mcovadongarf@centrojoventianos.com.

Sin esta documentación no podemos revalidar el título, ni expedir su tarjeta profesional.

Atentamente,

Covadonga Ruiz

Servicio de Programas de Formación y Certificación

Centro Jovellanos

Tel.: 985 15 98 00

Fax: 985 16 76 04

mcovadongarf@centrojovellands.com



P

Antes de imprimir este e-mail piense bien si es necesario hacerlo: El medio ambiente es cosa de todos

Nota: "La reserva de plaza en el curso no implica la realización del mismo. El curso podrá ser cancelado por no alcanzarse un mínimo de participantes o por causas de fuerza mayor".

NOTA: Se advierte que la realización de los cursos conlleva hacer prácticas que originan cargas de trabajo que producen reacciones cardiovasculares y broncopulmonares de mayor o menor intensidad. Será responsabilidad del alumno acceder al curso en las adecuadas condiciones psicofísicas necesarias y suficientes".

— Allegati: —

5NUEVOCERTIF.DOC

29,0 KB

ANEXO IV: Modelo de Certificado de Empresa Naviera, a efectos de acreditar períodos de embarque

D _____, con D.N.I./Pasaporte (táchese lo
Mr. _____, Identity Card/Pasport number
que no proceda) número _____, en calidad de Capitán/Representante
(underline the correct one) _____, as Master/Representative of the
legal de la empresa (táchese lo que no proceda) _____
Owner (underline the correct one) _____

**Certifica que,
Certify that,**

D _____, con el título de
Mr. _____, with certificate as
_____, ha prestado servicios en el buque que se indica,
_____, has been serving on board of the bellow named

ocupando el cargo o en calidad de _____
Ship, with the capacity of _____

Fecha de embarque ____/____/_____, en el puerto de: _____
Embarking Date _____, in the Port of _____

Fecha de desembarque ____/____/_____, en el puerto de: _____
Disembarking Date _____, in the Port of _____

Total de días embarcado: _____
Number of days in the ship _____

Datos del buque Identification of the Ship

Nombre del buque: _____, Nº OMI: _____
Ship's name _____, IMO Number _____

Bandera: _____; Clase de buque: _____
Flag _____, Type of Vessel _____

GT/T.R.B: _____ y potencia propulsora: _____ K.W.
GT _____ and propulsion power _____ K.W.

En _____, a _____ de _____ de 2_____
In _____ of _____ of _____

(Firma y Sello del Buque/Empresa)
(Sign and Ship or Owner's Stamp)

Dott.ssa Fabiola Menenti

Da: lucianoaprea@virgilio.it
Inviato: lunedì 25 agosto 2014 9.04
A: menenti
Oggetto: Chiusura inf CESARIO
Allegati: cesario.pdf

Buon giorno D.ssa Menenti, allego in anteprima certificazione di chiusura pratica infortunio Cesario.
L'originale sarà consegnato all'interessato che provvederà all'inoltro.

Cordiali saluti

Dr Luciano Aprea - Medico SASN

C. Aprea

AmAt
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. 17/108
25 AGO. 2014

del

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

MOD. 42/01
S. 001 - 117



MINISTERO DELLA SALUTE

ISTITUTO NAZIONALE SANITARIO AL NAVIGANTI

N° 422675

☐ Ambasciata SASN

☐ Medico Farmacista di

☒ PERSONALE MARETTIMO

☐ PERSONALE
AERONAVIGANTE

☒ INFORTUNIO

☐ MALATTIA DURANTE
L'IMBARCO

☐ MALATTIA DOPO
LO SBARCO

Cognome

(Nome)

Data di nascita

(Qualifica)

(Data di nascita)

(Qualifica)

(Nave)

(Armatore/Compagnia aerea)

(Codice Fiscale)

☐ DENUNCIA DI MALATTIA

Assunto in cura il
per inabilità totale al lavoro.

☐ CERTIFICATO DI PROLUNGAMENTO

Deve ripresentarsi a visita
per scadenza prognosi il

☒ RAPPORTO DEFINITIVO

☒ Guarito clinicamente il 20/08/14
Si è astenuto dall'attività professionale
dal al incluso.

☐ Dimesso dall'assistenza e da sottoporre al giudizio
della C.M.P. di 1° grado o dell'I.M.L.

Eventuale periodo di ricovero ospedaliero dal al

Diagnosi e annotazioni dal Medico:

TESUNA (infarto miocardico)

Dr Luciano Aprea

Data

29/08/14

837 Ord. Medici - Taranto

Firma e timbro del
Medico del SASN

Copia agli atti del medico fiduciario o dell'ambulatorio SASN

COPIA TELEGRAMMA

CTR - Viale Europa, 175 - 00144 Roma

DATI TELEGRAMMA:

MITTENTE:

CTR di origine:

Telegramma nr. 134056051922

del 22/08/2014 ore 13.19.22

importo (IVA inclusa) in Euro 11.48

(diritto di fonodettatura escluso)

0004
RF1405CB37A0010001 01 GEOP
01129401 MGA52442000515
1407 2 AAMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI 657
74121 TARANTO TA

COPIA DEL TESTO DEL TELEGRAMMA

Pag.01 di 02

Copia Mittente - Numero Accettazione: 2000024456922

ZCZC 134056051922

IGTA CO IGFI 075

50100 SERVIZIOCALLCENTER 75 22 1319

SIG. CESARIO GIUSEPPE

VIA MONFALCONE 12

74027 SANGIORGIOIONICO

SI COMUNICA ALLA S.V. CHE, VISTA LA SUA NOTA DEL 31 LUGLIO 2014 DI DIMISSIONI VOLONTARIE, ATTESO LO SBARCO GIA' AVVENUTO IN DATA 09 AGOSTO 2014, IL RAPPORTO DI LAVORO IN ESSERE SI E' RISOLTO A DECORRERE DAL 20 AGOSTO 2014, QUALE ULTIMO GIORNO UTILE A SEGUITO DELLA CESSAZIONE DEL SUO STATO DI INABILITA' CONSEGUENTE ALL INFORTUNIO OCCORSO IN DATA 08 AGOSTO 2014 CON PROGNOSI DI 13 GIORNI, E MANCATO SUCCESSIVO IMBARCO.

IL DIRETTORE GENERALE

MITTENTE:

AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI 657

74121 TARANTO



NNNN

POSTE ITALIANE S.p.A. - SERVIZIO TELEGRAFICO PUBBLICO

UFFICIO DI SERVIZIOCALLCENTER

MITTENTE:

TELEGRAMMA N.RO 13405605192201220820141319

DEL 22/08/14

ORE 13:19

AMAT SPA

PAROLE

75

VIA CESARE BATTISTI 657

IMPORTO

EURO 11.48

74121 TARANTO

ESCLUSA TASSA DI FONODETTATURA

IVA SECONDO VIGENTE NORMATIVA

INFORMAZIONI ALLA CLIENTELA**Grazie per aver usato il nostro servizio telegrammi**

La informiamo che oggi con il servizio Certofax puo' inviare documenti dal suo apparecchio fax con la garanzia della inalterabilita' dei dati di trasmissione e del contenuto, conferendo agli stessi un maggior valore probatorio. Il servizio e' accessibile digitando il numero 899100097 e seguendo le indicazioni del menu vocale. La copia del fax, completa di tutti i dati, viene archiviata da Poste Italiane per 10 anni e potra' essere richiesta sia dal mittente che dal destinatario. Il pagamento puo' essere effettuato con addebito su bolletta telefonica o con fatturazione mensile, sottoscrivendo un contratto dedicato. Per maggiori informazioni consulti il sito www.poste.it o chiami il numero verde 803160.

Per reclami relativi al servizio e' possibile rivolgersi al numero telefonico 803160 fornendo i "dati telegramma".



Modello UNIFICATO - LAV

Tipo di comunicazione: Comunicazione Obbligatoria

Sezione 1 - Datore di Lavoro

Codice fiscale	00146330733	P.Iva	00146330733
Denominazione	A.M.A.T. SPA		
Azienda artigiana	No	Azienda agricola	No
Settore Ateco	49.39.09 - Altre attività di trasporti terrestri d...		
Pubblica Amministrazione	N		
Comune sede legale	L049-TARANTO	C.A.P. sede legale	74100
Indirizzo sede legale	VIA CESARE BATTISTI, 657		
Telefono sede legale	0997356208	Fax sede legale	0997794247
E-mail sede legale	picchi@amat.ta.it		
Comune sede di lavoro	L049-TARANTO	C.A.P. sede di lavoro	74100
Indirizzo sede di lavoro	VIA CESARE BATTISTI, 657		
Telefono sede di lavoro	0997356208	Fax sede operativa	0997794247
E-mail sede di lavoro	picchi@amat.ta.it		

Sezione 2 - Lavoratore

Codice fiscale	CSRGPP63D18G813D	Sesso	M
Cognome	CESARIO	Nome	GIUSEPPE
Comune (o stato estero) di nascita	G813-POMPEI	Data di nascita	18/04/1963
Cittadinanza	000 - ITALIA	Titolo di soggiorno	-
Motivo titolo di soggiorno	-	Numero titolo di soggiorno	
Scadenza titolo di soggiorno			
Questura rilascio titolo di soggiorno			
Sussistenza di sistemazione alloggiativa			
Impegno del Datore di lavoro al pagamento delle spese di rimpatrio			
Comune residenza	H882-SAN GIORGIO IONICO	CAP residenza	74027
Indirizzo residenza	VIA MONFALCONE, 12		
Comune domicilio	H882-SAN GIORGIO IONICO	CAP domicilio	74027
Indirizzo di domicilio	VIA ROMA 36		
Livello istruzione	40 - diploma di istruzione secondaria superiore che permette l'accesso all'universita'		

Sezione 4 - Rapporto di lavoro

Data inizio	18/06/2014	Data fine	30/09/2014
Ente previdenziale	INPS	Codice Ente Previdenziale	INPS
P.A.T. INAIL	7102123020	Socio lavoratore	No
Lavoro in mobilità	No	lavoro stagionale	No
Codice agevolazione			
Tipologia contrattuale	LAVORO A TEMPO DETERMINATO		
Tipo Orario	TEMPO PIENO	Ore settimanali medie	
Qualifica professionale (ISTAT)	comandante marittimo (marina mercantile)		
Assunzione effettuata ai sensi della L.68/99	NO	Mansione	COMANDANTE DI COPERTA
Contratto collettivo applicato	C.c.n.l. degli autoferrofilotranvieri e internavigatori		
Livello Inquadramento	217	Tipo lavorazione	
Legge 68 data nulla osta/convenzione		Legge 68 numero atto	
Lavoro in agricoltura	NO		
Retribuzione/Compenso	10000	Giornate lavorative previste	

Cessazione

Data cessazione	21/08/2014	Codice causa	DI - DIMISSIONI
------------------------	------------	---------------------	-----------------

Sezione 5 - Dati Invio

Data invio		Versione	CO140110R1
Soggetto che effettua la comunicazione		Codice fiscale soggetto attuatore	
E-mail		Tipologia sogg. attuatore	- Non codificato
Assunzione per cause di forza maggiore	No	Descrizione causa di forza maggiore	
NOTE (ad uso esclusivo del portale sintesi)			

SIG. CESARIO GIUSEPPE
VIA MONFALCONE N°12
74027 - SAN GIORGIO JONICO (TA)

Spett/le
AMAT SpA
TARANTO

Oggetto : Preavviso di dimissioni.

Premesso che in data in data 22/07/2014 il sottoscritto Cesario Giuseppe, dipendente di codesta Spett/le Azienda fino al 30/09/2014, ha formalizzato una richiesta di ferie per importanti motivi personali e di famiglia e che a tutt'oggi la stessa non ha trovato accoglimento.

Qualora la stessa venga respinta il sottoscritto comunica, con la presente, le proprie dimissioni con decorrenza 14 Agosto 2014.

Considerate le difficoltà oggettive nel reperire Comandanti si dichiara, inoltre, la propria disponibilità ad effettuare, a far data del 1° settembre, il servizio tale da coprire l'intera turnistica (dalle ore 08,10 alle 20,30) in modo tale da recuperare il servizio non prestato nel mese di Agosto 2014 e consentire all'altro Comandante il godimento di un periodo di riposo derivante dal maggior impegno.

La presente è da intendersi nulla qualora la richiesta di ferie fosse accolta.

TARANTO 31 LUGLIO 2014

Distinti saluti

~~AMAT~~
Ufficio per le mobilità nell'area di Taranto.

Prot. n. 16151
31 LUG. 2014

del
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
URG Affari Gen. P.P.S.R. CIVILISTICI
RAG Ufficio Ragioneria
PTO Staff Qualità

Sig. Cesario Giuseppe

Prot. az. n° 17381 /UP

Taranto, 22/08/2014

Al Sig.
Cesario Giuseppe
Via Monfalcone n° 12
74027 San Giorgio Jonico (TA)

TELEGRAMMA

Si comunica alla S.V. che, vista la Sua nota del 31 luglio 2014 di dimissioni volontarie, atteso lo sbarco già avvenuto in data 09/08/2014, il rapporto di lavoro in essere si è risolto a decorrere dal 20 agosto 2014, quale ultimo giorno utile a seguito della cessazione del suo stato di inabilità conseguente all'infortunio occorso in data 8 agosto 2014 con prognosi di 13 giorni, e mancato successivo imbarco.

Il Direttore Generale
(Ing. Giovanni Matichecchia)

1340 560 51 P22

A seguito della Sua richiesta, Le inviamo copia mittente relativa al telegramma da lei dettato tramite il servizio 186 di Poste Italiane.

Ringraziando per aver usufruito del nostro servizio, Le porgiamo distinti saluti.

Mercato Privati - Servizi al cliente - Contact Center 186

Questo messaggio viene trasmesso automaticamente: non rispondere al mittente.
Per informazioni o reclami chiamare il numero verde 186 di Poste Italiane.

La presente comunicazione elettronica contiene informazioni aziendali non private. Eventuali risposte alla presente potrebbero essere conosciute, per motivi organizzativi e di sicurezza, dal personale di Poste Italiane S.p.A.

Copia Mittente - Numero Accettazione: 2000024456922

ZCZC 134056051922
IGTA CO IGFI 075
50100 SERVIZIOCALLCENTER 75 22 1319

SIG. CESARIO GIUSEPPE
VIA MONFALCONE 12
74027 SANGIORGIOIONICO

SI COMUNICA ALLA S.V. CHE, VISTA LA SUA NOTA DEL 31 LUGLIO 2014 DI DIMISSIONI VOLONTARIE, ATTESO LO SBARCO GIA' AVVENUTO IN DATA 09 AGOSTO 2014, IL RAPPORTO DI LAVORO IN ESSERE SI E' RISOLTO A DECORRERE DAL 20 AGOSTO 2014, QUALE ULTIMO GIORNO UTILE A SEGUITO DELLA CESSAZIONE DEL SUO STATO DI INABILITA' CONSEGUENTE ALL INFORTUNIO OCCORSO IN DATA 08 AGOSTO 2014 CON PROGNOSI DI 13 GIORNI, E MANCATO SUCCESSIVO IMBARCO.

IL DIRETTORE GENERALE

MITTENTE:

AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI 657
74121 TARANTO

NNNN

POSTE ITALIANE S.p.A. - SERVIZIO TELEGRAFICO

PUBBLICO

UFFICIO DI SERVIZIOCALLCENTER

TELEGRAMMA N.RO 13405605192201220820141319

DEL 22/08/14

ORE 13:19

PAROLE

75

BATTISTI 657

IMPORTO

EURO 11.48

ESCLUSA TASSA DI FONODETTATURA

IVA SECONDO VIGENTE NORMATIVA

MITTENTE:

AMAT SPA
VIA CESARE

74121 TARANTO

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

RICEVUTA DI INVIO

La Denuncia/Comunicazione di infortunio è stata inviata correttamente ed è disponibile presso la Sede INAIL competente.

L'inoltro della copia all'autorità locale di Pubblica Sicurezza può essere effettuato tramite PEC.

Numero Denuncia-Comunicazione di infortunio

8756654

Numero Registro Infortuni Aziendale

27

Codice Utente

3249296

Data e ora invio Denuncia-Comunicazione

12 / 08 / 2014

09 : 47 : 22

Origine

OFFLINE

Sede INAIL competente

TARANTO

Telefono

FAX

Comune

TARANTO

Prov.

TA

CAP

74100

Codice ISTAT

073027

Indirizzo Email

TARANTO@INAIL.IT

Indirizzo PEC

TARANTO@POSTACERT.INAIL.IT

Data evento (GG/MM/AAAA)

08 / 08 / 2014

Cognome INFORTUNATO

CESARIO

Nome INFORTUNATO

GIUSEPPE

Codice Fiscale

CSRGPP63D18G813D

Nato a

POMPEI

II (GG/MM/AAAA)

18 / 04 / 1963



rispetta l'ambiente, non stampare documenti se non è necessario

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n.1124 - art.18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n.81)

Numero Denuncia-Comunicazione di infortunio

8756654

Numero Registro Infortuni Aziendale

27

Codice Utente

3249296

Data e ora invio Denuncia-Comunicazione

12 / 08 / 2014 09 : 47 : 22

Origine

OFFLINE

DATI INAIL

Sede

TARANTO

Telefono

FAX

Comune

TARANTO

Prov.

TA

CAP

74100

Codice ISTAT

073027

Indirizzo E-MAIL

TARANTO@INAIL.IT

Indirizzo PEC

TARANTO@POSTACERT.INAIL.IT

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n.445/2000 e s.m.i.

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro

Delegato/Incaricato del Datore di lavoro



Mandatario del Datore di lavoro



Delegato del Mandatario



Cognome

PICCHI

Nome

ENRICO

Codice Fiscale

PCCNRC71T31L049B

Nato a

TARANTO

Il (gg/mm/aaaa)

31 / 12 / 1971

Indirizzo

VIA C.BATTISTI 657

Comune

TARANTO

Prov.

TA

CAP

74100

Telefono

0997356208

Indirizzo E-MAIL

PICCHI@AMAT.TA.IT

Indirizzo PEC

DICHIARA

di rendere la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. n. 1124/65 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto da n. 6 pagine, inclusa la presente;

di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL;

di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n. : 0

NOTE

DATA

12/08/2014

FIRMA

A.M.A.T. S.p.A.
Il DIRETTORE GENERALE
Ing. Giovanni MATICHECKHIA

SEZIONE DATORE DI LAVORO

Codice Fiscale 66330733		Cognome e nome o ragione sociale A.M.A.T. S.P.A.	
Codice Ditta 3249296	Posizione assicurativa territoriale 71021230	Settore attività INDUSTRIA	
Tipo polizza DIPENDENTI		Note	
Voce di tariffa 9124		Note	
Nazione ITALIA		Comune TARANTO	
Prov. TA	CAP 74121	ISTAT 073027	ASL ASL TA
Prefisso internazionale / Telefono della sede legale +39 / 0997356111			
Indirizzo della Sede legale VIA CESARE BATTISTI 657			
Indirizzo E-MAIL amat@amat.ta.it		Indirizzo PEC della sede legale comunicato al Registro Imprese amat@pec.amat.ta.it	

Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore

A.M.A.T. SPA			
Nazione ITALIA		Comune TARANTO	
Prov. TA	CAP 74121	ISTAT 073027	ASL ASL TA
Prefisso internazionale / Telefono dell'unità produttiva /			
Indirizzo dell'Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore VIA CESARE BATTISTI 657			
Indirizzo E-MAIL dell'Unità produttiva		Indirizzo PEC dell'Unità produttiva	

Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio]

VIA CESARE BATTISTI 657				
Nazione ITALIA	Comune TARANTO	Prov. TA	CAP 74121	ISTAT 073027
Indirizzo E-MAIL per l'invio della corrispondenza amat@amat.ta.it				
Indirizzo PEC per l'invio della corrispondenza amat@pec.amat.ta.it		comunicato al Registro Imprese ☒		

Reparto, ufficio o cantiere in cui abitualmente opera il lavoratore

OPERAI MOVIMENTO -IDROVIA -PERSONALE VIAGGIANTE -COMPUTO 195 -POS. INAIL 71021230/20
--

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione

TRASPORTO PUBBLICO LOCALE

LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE

SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL' ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:

- ☐ assegno circolare
(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12 comma 2, Legge n. 214/2011.
L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)

- ☒ accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN

Codice IBAN

IT06G0103015801000000008768

SEZIONE LAVORATORE

Cognome		Nome	
BARI		GIUSEPPE	
Codice Fiscale		Stato di nascita	
CSRGPP63D18G813D		ITALIA	
Cittadinanza	Sesso	Stato civile	
ITALIANA	M		
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	Data decesso (gg/mm/aaaa)
POMPEI	NA	18 / 04 / 1963	/ /
Indirizzo di RESIDENZA (Via, piazza, n.civico ecc.)			
VIA MONFALCONE 12			
Nazione	Comune		
ITALIA	SAN GIORGIO IONICO		
Prov.	CAP	ISTAT	ASL
TA	74027	073024	ASL TA
Indirizzo di DOMICILIO (Via, piazza, n.civico ecc.)			
Nazione	Comune		
Prov.	CAP	ISTAT	ASL
Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.			
Prefisso internazionale/Telefono abitazione			☒ Dati non disponibili
Prefisso internazionale/Telefono cellulare			
Indirizzo E-MAIL	Indirizzo PEC		
Parente del datore di lavoro	Persone a carico	Tutela INPS in caso di malattia comune	Studente
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒
Tipologia di lavoratore	Tipologia di contratto		
DIPENDENTE	DETERMINATO A TEMPO PIENO		
Data assunzione II (gg/mm/aaaa)	Data fine rapporto di lavoro II (gg/mm/aaaa)		
18 / 06 / 2014	30 / 09 / 2014		
CNEL - Settore lavorativo CNEL	CCNL - Categoria CNEL		
TRASPORTI	AUTO FERROTRANVIERI		
Qualifica assicurativa			
OPERAIO			
Voce professionale			
AUTISTA DI AUTOBUS			

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

INFORTUNIO E' AVVENUTO

Luogo dell'evento
SULLA MOTONAVE ADRIA

Indirizzo
PIAZZALE DEMOCRATE

Nazione
ITALIA

Comune
TARANTO

Prov. CAP ISTAT
TA 74121 073027

ASL
ASL TA

Incidente con mezzo di trasporto Incidente stradale Incidente ferroviario Incidente aereo Incidente navale Altro

Infortunio in itinere
SI NO

Codice Fiscale

Denominazione/Ragione sociale

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi

SI NO

Data evento
(gg/mm/aaaa)

Alle ore
(hh/mm)

Durante quale ora di
lavoro (1°, 2° ecc...)

L'fortunato ha abbandonato il
lavoro (gg/mm/aaaa)

Alle ore
(hh/mm)

Giorno
festivo
SI NO

Durante il turno di
notte
SI NO

Il datore di lavoro ha saputo del
fatto il (gg/mm/aaaa)
09 / 08 / 2014

Il datore di lavoro era
presente?
SI NO

Se no, ritiene che la descrizione riferita
risponda a verità?
SI NO

Se ha risposto no, perché?

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA AI SENSI DELL'ART.53, D.P.R. 30/06/1965 N.1124

PRIMO CERTIFICATO MEDICO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto
il primo certificato medico GG MM AAAA
11 / 08 / 2014

Prognosi riservata

Malattia infortunio

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)
09 / 08 / 2014

Data al (GG/MM/AAAA)
20 / 08 / 2014

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto
il certificato medico successivo al primo GG MM AAAA

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

Data al (GG/MM/AAAA)

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

Che modo è avvenuto l'infortunio?

MENTRE SCENDEVA LA SCALA DI SERVIZIO

IN PARTICOLARE:

Dove è avvenuto l'infortunio?

A BORDO DELLA MOTONAVE ADRIA

Che tipo di lavorazione stava svolgendo?

COMANDANTE

Era il suo lavoro consueto?



NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?

SCENDEVA LA SCALA DI SERVIZIO UTILIZZATA DAL PERSONALE DI BORDO

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

SCIVOLAVA

In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto?

TRAUMA CONTUSIVO

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Natura della lesione

CONTUSIONE

Sede della lesione

COL. VERTEBR./SACRO E COCCIGE

DATI PER L'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/65):



Le informazioni relative ai campi non compilati non sono disponibili

La lesione ha provocato la morte?

SI

NO

Sembra poterla provocare?

SI

NO

Sembra poter provocare un'inabilità
permanente assoluta o parziale?

SI

NO

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità
temporanea al lavoro?

13

Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

13

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio:

La comunicazione della Direzione Territoriale del Lavoro - Servizio Ispezione del Lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57 d.p.r. n. 1124/65 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai suoi superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

SEZIONE DATI RETRIBUTIVI

RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO
 RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC...) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria	Ore settimanali	Giornaliera	Mensile / mensilizzata	Convenzionale	Convenzionale artigiana	Voucher	Importo
☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	1907, 59

VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:

Retribuzione oraria/mensile pari a dal (gg/mm/aaaa) / /

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo lavoro straordinario 	Importo festività cadenti di domenica 	Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio
Importo diaria - trasferta 	Importo indennità e maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc... 	Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

tredicesima mensilità in % oppure Importo 1907, 59	Premio di produzione in % oppure Importo	Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie in % oppure giorni 31
Altre mensilità aggiuntive in % oppure Importo 1907, 59	Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc... in %	

LA RETRIBUZIONE GIORNALIERA BASE PER IL CALCOLO DELLA INDENNITA' TEMPORANEA RISULTA ESSERE:

Importo
 96, 90

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n.1124 - art.18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n.81)

Numero Denuncia-Comunicazione di infortunio

8756654

Numero Registro Infortuni Aziendale

27

Codice Utente

3249296

Data e ora invio Denuncia-Comunicazione

12

08

2014

09

: 47

: 22

Origine

OFFLINE

DATI INAIL

Sede

TARANTO

Telefono

FAX

Comune

TARANTO

Prov.

TA

CAP

74100

Codice ISTAT

073027

Indirizzo E-MAIL

TARANTO@INAIL.IT

Indirizzo PEC

TARANTO@POSTACERT.INAIL.IT

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n.445/2000 e s.m.i

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro

Delegato/incaricato del Datore di lavoro

Mandatario del Datore di lavoro

Delegato del Mandatario

Cognome

PICCHI

Nome

ENRICO

Codice Fiscale

PCCNRC71T31L049B

Nato a

TARANTO

Il (gg/mm/aaaa)

31

/ 12

/ 1971

Indirizzo

VIA C.BATTISTI 657

Comune

TARANTO

Prov.

TA

CAP

74100

Telefono

0997356208

Indirizzo E-MAIL

PICCHI@AMAT.TA.IT

Indirizzo PEC

DICHIARA

di rendere la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. n. 1124/65 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto da n. 6 pagine, inclusa la presente;

di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL;

di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n. : 0

NOTE

DATA

12/08/2014

FIRMA

A.M.A.T. S.p.A.
il DIRETTORE GENERALE
Ing. Giovanni MATICHECKIA

Copia per la Pubblica Sicurezza

SEZIONE DATORE DI LAVORO

Codice Fiscale 146330733		Cognome e nome o ragione sociale A.M.A.T. S.P.A.	
Codice Ditta 3249296	Posizione assicurativa territoriale 71021230	Settore attività INDUSTRIA	
Tipo polizza DIPENDENTI		Note	
Voce di tariffa 9124	Note		
Nazione ITALIA		Comune TARANTO	
Prov. TA	CAP 74121	ASL ASL TA	
ISTAT 073027			
Prefisso internazionale / Telefono della sede legale +39 / 0997356111			
Indirizzo della Sede legale VIA CESARE BATTISTI 657			
Indirizzo E-MAIL amat@amat.ta.it		Indirizzo PEC della sede legale comunicato al Registro Imprese amat@pec.amat.ta.it	

Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore

A.M.A.T. SPA			
Nazione ITALIA		Comune TARANTO	
Prov. TA	CAP 74121	ASL ASL TA	
ISTAT 073027			
Prefisso internazionale / Telefono dell'unità produttiva /			
Indirizzo dell'Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore VIA CESARE BATTISTI 657			
Indirizzo E-MAIL dell'Unità produttiva		Indirizzo PEC dell'Unità produttiva	

Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio]

VIA CESARE BATTISTI 657			
Nazione ITALIA	Comune TARANTO	Prov. TA	CAP 74121
		ISTAT 073027	
Indirizzo E-MAIL per l'invio della corrispondenza amat@amat.ta.it			
Indirizzo PEC per l'invio della corrispondenza amat@pec.amat.ta.it		comunicato al Registro Imprese ☒	

Reparto, ufficio o cantiere in cui abitualmente opera il lavoratore

OPERAI MOVIMENTO -IDROVIA -PERSONALE VIAGGIANTE -COMPUTO 195 -POS. INAIL 71021230/20

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione

TRASPORTO PUBBLICO LOCALE

LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE

SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL' ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:

☐ assegno circolare
(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12 comma 2, Legge n. 214/2011.
L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)

☒ accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN

Codice IBAN
IT06G0103015801000000008768

SEZIONE LAVORATORE

Cognome ESARIO Nome GIUSEPPE

Codice Fiscale CSRGPP63D18G813D Stato di nascita ITALIA

Cittadinanza ITALIANA Sesso M Stato civile

Comune di nascita POMPEI Prov. NA Data di nascita (gg/mm/aaaa) 18 / 04 / 1963 Data decesso (gg/mm/aaaa) / /

Indirizzo di RESIDENZA (Via, piazza, n.civico ecc.)

VIA MONFALCONE 12

Nazione ITALIA Comune SAN GIORGIO IONICO

Prov. TA CAP 74027 ISTAT 073024 ASL ASL TA

Indirizzo di DOMICILIO (Via, piazza, n.civico ecc.)

Nazione Comune

Prov. CAP ISTAT ASL

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale/Telefono abitazione / ☒ Dati non disponibili

Prefisso internazionale/Telefono cellulare /

Indirizzo E-MAIL Indirizzo PEC

Parente del datore di lavoro SI ☒ Persone a carico SI ☒ Tutela INPS in caso di malattia comune SI ☒ Studente SI ☒

Tipologia di lavoratore DIPENDENTE Tipologia di contratto DETERMINATO A TEMPO PIENO

Data assunzione II (gg/mm/aaaa) 18 / 06 / 2014 Data fine rapporto di lavoro II (gg/mm/aaaa) 30 / 09 / 2014

CNL - Settore lavorativo CNEL TRASPORTI CCNL - Categoria CNEL AUTOFERROTRANVIERI

Qualifica assicurativa OPERAIO

Voce professionale AUTISTA DI AUTOBUS

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

INFORTUNIO E' AVVENUTO

Luogo dell'evento

SULLA MOTONAVE ADRIA

Indirizzo

PIAZZALE DEMOCRATE

Nazione

ITALIA

Comune

TARANTO

Prov.

TA

CAP

74121

ISTAT

073027

ASL

ASL TA

Infortunio in itinere

SI

☒

Incidente con mezzo di trasporto

SI

☒

Incidente stradale

☐

Incidente ferroviario

☐

Incidente aereo

☐

Incidente navale

☐

Altro

☐

Presso altra Azienda

SI

☒

Codice Fiscale

Denominazione/Ragione sociale

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi

SI

☒

Data evento (gg/mm/aaaa)

08 / 08 / 2014

Alle ore (hh/mm)

20 : 00

Durante quale ora di lavoro (1°, 2° ecc...)

6

L'infornuto ha abbandonato il lavoro (gg/mm/aaaa)

SI

☒

☐

☐

Alle ore (hh/mm)

☐ : ☐

Giorno festivo

SI

☒

Durante il turno di notte

SI

☒

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (gg/mm/aaaa)

09 / 08 / 2014

Il datore di lavoro era presente?

SI

☒

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?

☒

NO

Se ha risposto no, perché?

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA AI SENSI DELL'ART.53, D.P.R. 30/06/1965 N.1124

PRIMO CERTIFICATO MEDICO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il primo certificato medico

GG MM AAAA
11 / 08 / 2014

Prognosi riservata

☐

Malattia infortunio

☐

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

09 / 08 / 2014

Data al (GG/MM/AAAA)

20 / 08 / 2014

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico successivo al primo

GG MM AAAA
☐ / ☐ / ☐

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

☐ / ☐ / ☐

Data al (GG/MM/AAAA)

☐ / ☐ / ☐

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio?
MENTRE SCENDEVA LA SCALA DI SERVIZIO

IN PARTICOLARE:

Dove è avvenuto l'infortunio?
A BORDO DELLA MOTONAVE ADRIA

Che tipo di lavorazione stava svolgendo?
COMANDANTE

Era il suo lavoro consueto?



NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?
SCENDEVA LA SCALA DI SERVIZIO UTILIZZATA DAL PERSONALE DI BORDO

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?
SCIVOLAVA

In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto?
TRAUMA CONTUSIVO

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Natura della lesione

CONTUSIONE

Sede della lesione

COL. VERTEBR./SACRO E COCCIGE

DATI PER L'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/65):



Le informazioni relative ai campi non compilati non sono disponibili

La lesione ha provocato la morte?

SI

NO

Sembra poterla provocare?

SI

NO

Sembra poter provocare un'inabilità
permanente assoluta o parziale?

SI

NO

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità
temporanea al lavoro?

13

Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

13

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio:

La comunicazione della Direzione Territoriale del Lavoro - Servizio Ispezione del Lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57 d.p.r. n. 1124/65 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai suoi superstiti (Indicare nome, cognome, residenza)



MINISTERO DELLA SANITA'
UFFICIO DI SANITA' MARITTIMA ED AEREA
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA AI NAVIGANTI
di PALERMO

DENUNCIA D'INFORTUNIO E RICHIESTA DI VISITA MEDICA
(DA COMPILARE IN QUATTRO COPIE)

Nave : M/N ADRIA Comp. VENEZIA
Armatore : AMAT SPA - T A R A N T O

A norma degli articoli 53 e 54 del D.P.R. 30-6-1965 N. 1124 il sottoscritto Comandante della nave sopraindicata denuncia l'infortunio occorso a :

CESARIO GIUSEPPE Tessera N. C S R G P P 6 3 D 1 8 G 8 1 3 D
Cognome Nome Codice fiscale
Nato a POMPEI il 18/04/63 Residente a S.GIORGIO JONICO
Via MONFALCONE N. 12 iscritto al Compartimento marittimo di TARANTO
Matricola N. 12962 ed imbarcato a TARANTO in qualità di COMANDANTE
il giorno 18/06/14 tipo di contratto di arruolamento TEMPO DETERMINATO
iscritto nel ruolo di equipaggio N. 17913 serie XXI

CAUSE DELL'INFORTUNIO E CIRCOSTANZE NELLE QUALI AVVENNE

Per le navi munite di giornale nautico è obbligatorio riportare un estratto. Per le navi non munite, il Comandante dovrà indicare dettagliatamente sotto formale responsabilità le cause e le circostanze nelle quali avvenne l'infortunio, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misura di igiene e di prevenzione.

A pag. _____ del giornale nautico parte 2° leggasi :

Data 08/08/2014

VERSO LE ORE 20.00 DEL 08/08/2014 NEL MENTRE IL COMANDANTE CESARIO GIUSEPPE SCENDEVA DALLA SCALA DI SERVIZIO "UTILIZZATA ESCLUSIVAMENTE DAL PERSONALE DI BORDO" SCIVOLAVA ACCIDENTALMENTE DALLE SCALE PROVOCANDOSI UN TRAUMA CONTUSIVO LOMBO - SACRALE SOCCORSO PRONTAMENTE DAL MARINAIO RIMASTO A BORDO VENIVA TRASPORTATO IN OSPEDALE PER OPPORTUNI CONTROLLI.

Testimoni : 1 MARANGIONE ANGELO Residente a TARANTO Via SALVO D'ACQUISTO N. 27
Cognome e Nome
2 _____ Residente a _____ Via _____ N. _____
Cognome e Nome

RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE

- In quale porto avvenne l'infortunio ? TARANTO
Se in navigazione in quale traversata ? PIAZZALE DEMOCRATE A PUNTO DI ORMEGGIO PER SOSTA NOTTURNA MAR PICCOLO
- In quale data ? Giorno : VENERDI' 8 Mese : AGOSTO Ora : 20,00
- Dove trovati e dove viene curato il ferito : in un ospedale, nella sua abitazione o a bordo ? OSP. SS.ANNUNZIATA
- Se viene sbarcato, quando presumibilmente potrà essere rimpatriato ? _____

TARANTO li, 09/08/2014

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

AMAT SPA - TARANTO
Timbro e firma del Comandante della Nave
M/N ADRIA
IL COMANDANTE

Prof. n. 16810
del 11 AGO. 2014

DICHIARAZIONE DA RILASCIARSI DALL'AUTORITA'
DI PORTO O CONSOLARE IN CASO DI SBARCO

Si attesta che il marittimo è imbarcato in data _____
nel porto di Taranto

e sbarcato in data 09 AGOSTO 2014

Data 11/08/2014



Timbro e firma
Capo Np
Luigi SPINA

Ad Amm.re Delegato
DG Direzione Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCC Commercial / Marketing
CC Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità
ORE 15:30 IN
PORTINERIA

RAPPORTO MEDICO

Medical Report

QUALITA', SEDE E STATO ATTUALE DELLA LESIONE

Type, place and present degree of the injury

TRAUMA LONGOSSACRA -> DISTENSIONE E DISTENSIONE

Tali alterazioni constatate sono la diretta conseguenza dell'avvenimento esposto in denuncia?

Are the above alterations a direct consequence of the accident as from the statement?

Anteriormente alla lesione esisteva qualche altra malattia, imperfezione o mutilazione? (1)

Prior to the present injury was there any other illness, imperfection or mutilation? (1)

Quale?

If so, give details

In caso affermativo la malattia, imperfezione o mutilazione era di ostacolo all'abilità al lavoro ed in quale grado?

If this was the case, was the illness, imperfection of mutilation a hindrance to the work-capacity and in what degree?

Quando e da chi vennero apprestate le prime immediate cure?

When and by whom was the first, immediate assistance given?

Nome del medico che effettuò la prima visita

Name of the doctor who performed the first visit

Da quale giorno è cominciata l'impossibilità a continuare il lavoro professionale?

When did the inability to work start?

E' dichiarato abile o inabile?

Is he declared fit or unfit?

Per quanti giorni?

For how many days?

E' necessario lo sbarco?

Does he need shore leave?

E' necessario il ricovero ospedaliero?

Is admission to hospital necessary?

Prognosi: Quanto tempo durerà presumibilmente l'incapacità totale al lavoro?

Prognosis: How long will he Presumably by completely unfit to work?

In seguito a questo infortunio è da temersi la morte?

After the above accident is there a mortal danger possibility?

Oppure un'incapacità totale al lavoro superiore ai 30 giorni? (2)

Or rather a total incapacity for work for more than 30 days? (2)

E' da temersi inabilità permanente o parziale?

Is there a possibility of permanent or partial disability?

Deve rimanere a letto?

Must he stay in bed?

Deve rimanere in casa?

Must he stay at home?

Può uscire?

Can he go out?

Da quale a quale ore?

State the hours

Osservazioni speciali del medico:

Special notes:

VISTA DOCUMENTAZIONE OSPEDALIERA

A

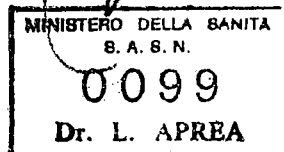
(1) Il medico deve con somma cura ricercare tutte le affezioni (epilessia, alcolismo cronico ed acuto, malattie del sistema nervoso e dell'apparato circolatorio, anomalie della rifrazione, ambliopie, ecc) che possono aver contribuito direttamente o indirettamente all'infortunio.

(1) The physician must carefully look for any affection already existing (epilepsy, chronic and acute alcoholism, nervous system and circulatory organs affections anomalies of the refraction, amblyopies etc.) which may have contributed directly or indirectly to the accident.

(2) Tale precisazione è assolutamente necessaria perché l'autorità marittima o consolare possa effettuare l'inchiesta di cui all'art. 55 D.P.R. n. 1124 del 30-06-1965.

(2) The above statement is absolutely necessary to the maritime or Consular Agencies to start the investigation-enquiry according to art. 55 D.P.R. n. 1124 - June 30-1965 (Italian law).

IL MEDICO FIDUCIARIO
THE DOCTOR IN CHARGE



SIG. CESARIO GIUSEPPE
VIA MONFALCONE N°12
74027 - SAN GIORGIO JONICO (TA)



Spett/le
AMAT SpA
TARANTO

Oggetto : Preavviso di dimissioni.

Premesso che in data in data 22/07/2014 il sottoscritto Cesario Giuseppe, dipendente di codesta Spett/le Azienda fino al 30/09/2014, ha formalizzato una richiesta di ferie per importanti motivi personali e di famiglia e che a tutt'oggi la stessa non ha trovato accoglimento.

Qualora la stessa venga respinta il sottoscritto comunica , con la presente, le proprie dimissioni con decorrenza 14 Agosto 2014.

Considerate le difficoltà oggettive nel reperire Comandanti si dichiara, inoltre, la propria disponibilità ad effettuare, a far data del 1° settembre , il servizio tale da coprire l'intera turnistica (dalle ore 08,10 alle 20,30) in modo tale da recuperare il servizio non prestato nel mese di Agosto 2014 e consentire all'altro Comandante il godimento di un periodo di riposo derivante dal maggior impegno.

La presente è da intendersi nulla qualora la richiesta di ferie fosse accolta.

TARANTO 31 LUGLIO 2014

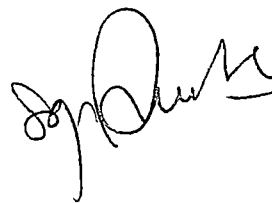
Distinti saluti

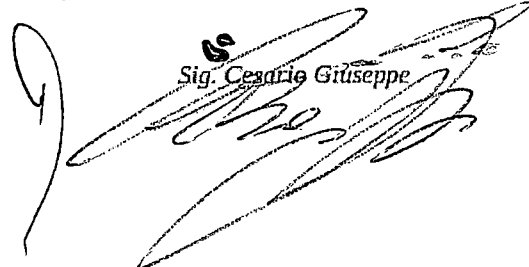
~~AMAT~~
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. 16151
31 LUG. 2014

del

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




Sig. Cesario Giuseppe

Prot. n° 16735/UE

Taranto, lì 08 Agosto 2014

Al Sig. **CESARIO Giuseppe**
Via Monfalcone, 12
74027 – SAN GIORGIO JONICO

p.c. **Responsabile Area Esercizio/Idrovie**

p.c. **Responsabile Area Personale**



Oggetto: **RICHIESTA FERIE DEL 23/07/2014**

Con riferimento alla richiesta di ferie inoltrata dalla S.V. in data 23/07/2014 (prot. az. 15441), relativa al periodo 20 – 31 Agosto 2014, si rappresenta che la stessa non può essere accolta.

Tanto poiché la S.V., assunta in servizio in data 18/06/2014, non ha maturato il numero di giorni di ferie richiesto.

Distinti saluti

IL DIRETTORE GENERALE
Ing. Giovanni Matichecchia

Oggetto: preavviso di sospensione servizio di conduzione
Mittente: "cesario.1963@libero.it" <cesario.1963@libero.it>
Data: 26/06/2014 7.35
A: amat <amat@amat.ta.it>

Spett/le Amat Spa (Preavviso di sospensione servizio di conduzione nave)

Io sottoscritto Cesario Giuseppe, imbarcato in qualità di Comandante su Vs unità navali "giusta convenzione di arruolamento del 18/06/2014" formula la presente per comunicarvi che sulla base della turnistica attualmente in vigore, ove viene previsto la copertura dei turni da parte di un solo Direttore di Macchina (dodici ore al dì - sette giorni su sette) non intende assumere per motivi di sicurezza la conduzione delle unità navali a partire dal 07/07/2014.

Nel rendermi disponibile allo svolgimento di qualsiasi altra attività presso i Vs. uffici fino a che la questione verrà risolta porgo distinti saluti

Il Comandante
C.L.C. Giuseppe Cesario

~~Amat~~
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

13713

del

26 GIU. 2014

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

PROT. N. 13/50/UP



ANEXO IV: Modelo de Certificado de Empresa Naviera, a efectos de acreditar periodos de embarque

Dr Francesco Walter Poggi con identity Card number 1362458AA9, issued by the Municipality of Taranto, Representative of the "AMAT S.P.A." Taranto – Italy

Certify that,

Mr. Cesario Giuseppe, with certificate as Master, has been serving on board of the bellow named Ship "ADRIA" with the capacity of Master.

Embarking Date: 11/06/2011, in the Port of Taranto
Disembarking Date: 30/09/2011, in the Port of Taranto

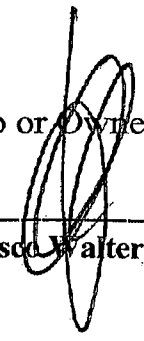
Number of months in the ship: 03 months, 20 days

Identification of the Ship:

Ship's name: "ADRIA" IMO Number: VE 8363 – IWUN
Flag: Italian; Type of Vessel: Passenger Ship
GT: 155,54 T. and propulsion power 147 Cv. x 2

In Taranto,

Sign and Ship or Owner's Stamp



(Dott. Francesco Walter POGGI)

PROT. N.

13/50/UP



ANEXO IV: Modelo de Certificado de Empresa Naviera, a efectos de acreditar periodos de embarque

Dr Francesco Walter Poggi con identity Card number 1362458AA9, issued by the Municipality of Taranto, Representative of the "AMAT S.P.A." Taranto – Italy

Certify that,

Mr. Cesario Giuseppe, with certificate as Master, has been serving on board of the bellow named Ship "ADRIA" with the capacity of Master.

Embarking Date: 01/06/2012, in the Port of Taranto

Disembarking Date: 01/10/2012, in the Port of Taranto

Number of months in the ship: 04 months, 1 days

Identification of the Ship:

Ship's name: "ADRIA" IMO Number: VE 8363 – IWUN

Flag: Italian; Type of Vessel: Passenger Ship

GT: 155,54 T. and propulsion power 147 Cv. x 2

In Taranto,

Sign and Ship or Owner's Stamp

(Dott. Francesco Walter POGGI)

PROT. N. 13/50/UP

ANEXO IV: Modelo de Certificado de Impresa Naviera, a efectos de acreditar periodos de embarque

Dr Francesco Walter Poggi con identity Card number 1362458AA9, issued by the Municipality of Taranto, Representative of the "AMAT S.P.A." Taranto – Italy

Certify that,

Mr. Cesario Giuseppe, with certificate as Master, has been serving on board of the bellow named Ship "ADRIA" with the capacity of Master.

Embarking Date: 07/06/2013, in the Port of Taranto

Disembarking Date: 16/09/2013, in the Port of Taranto

Number of months in the ship: 03 months, 10 days

Identification of the Ship:

Ship's name: "ADRIA" IMO Number: VE 8363 – IWUN

Flag: Italian; Type of Vessel: Passenger Ship

GT: 155,54 T. and propulsion power 147 Cv. x 2

In Taranto, 20 GIU. 2014

Sign and Ship or Owner's Stamp

(Dott. Francesco Walter POGGI)

AL DIRETTORE GENERALE

AZIENDA A.M.A.T. S.p.A.

S E D E

Il sottoscritto OSCARO GIUSEPPE dipendente di codesta Azienda
chiede alla S.V. di voler disporre con decorrenza immediata il pagamento di tutti gli emolumenti a
qualsiasi titolo a lui dovuto, con le seguenti modalità:

presso lo sportello del tesoriere

tramite emissione di assegni circolari

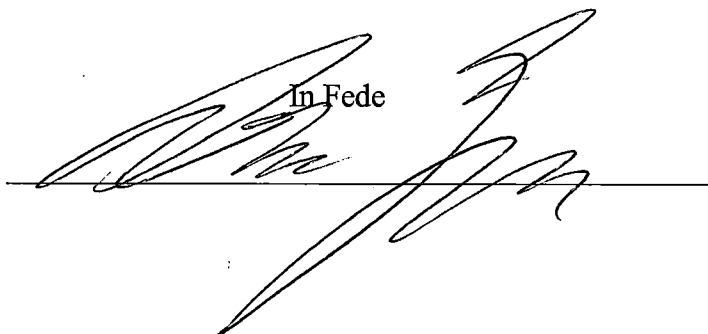
con accredito sul c/c n° _____

IBAN: IT 71 4 07601 15800 000026382739

Il sottoscritto dichiara, pertanto, che a tutti gli effetti, cessa di avere validità l'accredito sul
c/c n. _____ intrattenuto sino ad oggi con _____

Taranto, 18.06.2014

In Fede

A large, stylized handwritten signature in black ink, written over a horizontal line.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto ROSSARIO CONSTITI
(cognome) (nome)

nato a PARISI (NA) il 18.04.1963

residente a SAN GIORGIO JONICO (SA) in Via CONTRALCONI n. 12

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

Di essere nato a PARISI (NA) il 18.04.1963

Di essere residente a PARANZO

Di essere cittadino italiano

Di godere dei diritti civili e politici

Di essere in possesso del titolo di studio DIPLOMA

Di essere in possesso della patente di guida di categoria C con il relativo certificato di abilitazione professionale C in corso di validità

Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

PARANZO, 18.06.2014
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Io sottoscritto **GIORGIO GWSPPE**

Luogo di nascita **POMPEI** Provincia **NA** Data di nascita **18.04.1963** Codice fiscale **CSR.GPP63D18G813D**

Residente **San Giorgio Jonico** Domicilio fiscale all'1/1/2009 (Comune, Prov.) **San Giorgio Jonico n° 12 - S. Giorgio Jonico**

Dipendente/Collaboratore della ditta **Azienda per la Mobilità nell'Area di** Stato civile **CONIUGATO** Titolo di studio

Prima iscrizione alla previdenza obbligatoria successiva all'1/1/2007: Sì: ☐ No: ☐

Se sì, indicare la data: 1

Sotto la mia responsabilità DICHIARO di aver diritto per il periodo di imposta alle seguenti detrazioni dall'imposta lorda 2

(contrassegnare le caselle che interessano):

☒ **LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI** 3

Per i contribuenti con un reddito complessivo non superiore a 8.000 euro nel periodo d'imposta (con rapporto di lavoro inferiore all'anno): 4

Detrazione minima raggugliata al periodo di lavoro nell'anno: ☐ Detrazione minima NON raggugliata al periodo di lavoro nell'anno: ☐

☐ **CONIUGE** 5 (I dati anagrafici e il codice fiscale DEVONO SEMPRE essere indicati; se il coniuge è a carico, compilare anche i campi "Num. mesi a carico" e "Dal mese / Al mese"):

Cognome e nome Luogo (PR) - Data di nascita	Codice fiscale	Num. mesi a carico	Dal mese / Al mese

☐ **FIGLI A CARICO** 6

Cognome e nome Luogo (PR) - Data di nascita	Codice fiscale	Num. mesi a carico	Dal mese / Al mese	al 100%	al 50%	Disabile

☐ **Indicare se manca l'altro genitore:** 7 ☐

Ulteriore detrazione (per i genitori con almeno 4 figli a carico): 8 Dal mese: _____ Al mese: _____ % spettanza _____

☐ **ALTRI FAMILIARI A CARICO:** 9

Cognome e nome Luogo (PR) - Data di nascita	Codice fiscale	Num. mesi a carico	Dal mese / Al mese	% di spettanza

☐ **REDDITO COMPLESSIVO DICHIARATO** per l'attribuzione delle detrazioni dall'imposta lorda: € _____
(Se il reddito complessivo dichiarato risulterà inferiore a quello di lavoro, in sede di conguaglio sarà applicato quello di lavoro)

☐ **ALTRI REDDITI DICHIARATI**, diversi da quelli di lavoro, per l'attribuzione delle detrazioni: € _____ (In alternativa alla precedente opzione).

☐ **APPLICAZIONE ALIQUOTA IRPEF PIÙ ELEVATA** : % _____
(Al fine di evitare che l'imposta dovuta in sede di conguaglio sia troppo elevata).

☐ **NON RESTITUZIONE DEL CREDITO IRPEF RISULTANTE DAL CONGUAGLIO:** ☐

DICHIARO

☐ di avere avuto nell'anno un precedente rapporto di lavoro(oppure) ☐ di non avere avuto nell'anno un precedente rapporto di lavoro.☐ di non essere pensionato (oppure)☐ di essere pensionato Cat. _____ N. _____ 10

CHIEDO

☐ di tenere conto anche dei redditi di lavoro dipendente e/o assimilati, percepiti nel corso di precedenti rapporti intrattenuti.
A tal fine MI IMPEGNO a consegnare il CUD dell/i precedente/i datore/i entro i termini di legge.

Consapevole degli obblighi di legge, mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alla situazione sopra dichiarata.

DATA

18.06.2014

FIRMA DEL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 DPR n° 445/2000)

Il sottoscritto OSSANO GIUSEPPE, nato a JONA
(prov. NA) il 18.04.1963 e residente a SAN GIUSEPPE JONICA
(prov. CA) in Via MONFALCONS N° 12

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Che nell'anno di calendario in corso, nel periodo precedente la data di assunzione con contratto a termine presso l'AMAT S.p.A., avente decorrenza dal 18.06.2014
(giorno) (mese) (anno)

1 - non ha usufruito di alcun giorno di malattia indennizzati dall'INPS.

2 - di aver usufruito di n° _____ giorni di malattia indennizzati dall'INPS.

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della Legge n° 675/96, i dati raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.

Taranto, 18.06.2014

Il Dichiarante

Oggetto : Consenso al trattamento dei dati personali

Spett.le

A.M.A.T. S.p.A.

Via Cesare Battisti, 657

T A R A N T O

Acquisite le informazioni di cui all'art 13 D.lgs n. 196/2003

Il/la sottoscritto/a GIUSEPPE GUSPPE matr.n 1906 in servizio/alle dipendenze di A.M.A.T. S.p.A.

- presta il suo consenso al trattamento dei dati personali ai fini indicati nella suddetta informativa
- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti dell'informativa.
- presta il suo consenso per la diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito dell'informativa

In fede

GIUSEPPE GUSPPE

Luogo e data

Taranto, 18.06.2014

Firma leggibile

N. 284 d'Ordine (convenzione)

N. 311 di Repertorio (atti)

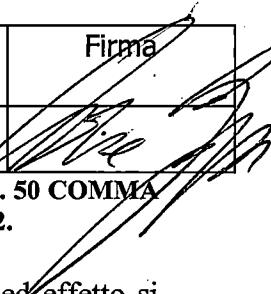
Capitaneria di Porto del Compartimento Marittimo di Taranto

CONVENZIONE DI ARRUOLAMENTO

L'anno 2014 il giorno 18 del mese di GIUGNO innanzi a noi _____ Ufficiale di porto delegato dal Sig. Comandante di Porto a ricevere le Convenzioni di arruolamento, presenti i testimoni, si è presentato l'ing. Giovanni Matichecchia, in qualità di Direttore Generale dell'AMAT, azienda con sede in Taranto, via C. Battisti n. 657, Armatrice della nave denominata CLODIA ed ADRIA, di T.S.L. 141,7, iscritte presso il Compartimento Marittimo di Venezia rispettivamente al n. VE 8360 e VE 8363, e le persone appresso indicate, le quali, dovendo far parte dell'equipaggio della m/n CLODIA ed ADRIA dichiarano di arruolarsi ai patti ed alle condizioni stabiliti dal CCNL (giusto accordo del 24/05/2007 sottoscritto tra AMAT S.p.A. e le rappresentanze sindacali del settore marittimo).

La presente convenzione è stipulata per il periodo (18/06/2014 – 30/09/2014)

Le parti contraenti hanno dichiarato a noi Uff.le di Porto delegato dal Comandante del Porto, di rinunciare concordemente ed esplicitamente alla presenza di testimoni per la stipulazione del presente atto.

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	CAP e residenza	Qualifica a bordo	Matricola e Compartimento	Firma
CESARIO Giuseppe CSRGPP63D18G813D	Pompei (NA) 18.04.1963	Via Monfalcone n. 12 74027 San Giorgio J.	Comandante	12962/1 TA	

ESENTE DALLE IMPOSTE DI BOLLO E DI REGISTRO GIUSTA D.L. 16.11.1994 N. 630 ART. 50 COMMA 2 E D.L. 30.12.1997 N. 457 CONVERTITO IN L. IL 27. 05.1998 N.30 ART. 9 QUATER COMMA 2.

Data lettura del contenuto degli allegati contratti sottoscritti che, ad ogni fine ed effetto si intendono come testualmente riprodotti nella presente convenzione, e data altresì lettura di quest'ultima, le parti l'hanno pienamente confermata, sottoscrivendo con noi e i testimoni presenti all'atto _____

L'ARMATORE

Ing. Giovanni Matichecchia

F. 70
L'AUTORITA' MARITTIMA



2° Capo Np/Oe
GIAZIO PULPITO Ammiraglio

Taranto, lì 18/06/2014

Alla Capitaneria di porto
di TARANTO

Oggetto: richiesta di imbarco a bordo delle m/n Clodia e Adria.

Per l'aggiornamento matricolare si comunica che a decorrere **dal 18/06/2014 e fino al 30/09/2014** sulle mm/nn denominate "CLODIA" ed "ADRIA", armatore AMAT S.p.A. di Taranto, di T.S.L. 141,70, iscritte, rispettivamente al n° VE 8360 e VE 8363 dei Registri Navi Minori e Galleggianti del Compartimento Marittimo di Venezia, apparato motore 2x200 abilitato alla navigazione NAZIONALE LOCALE Trasporto Passeggeri, saranno **imbarcati** i seguenti marittimi:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	CAP e residenza	Qualifica a bordo	Matricola e Compartimento
CESARIO Giuseppe CSRGP63D18G813D	Pompei (TA) 18.04.1963	Via Monfalcone n. 12 74027 San Giorgio J.	CD. PASADISTE Direttore	12962/1 TA

IL RAPPRESENTANTE ARMATORIALE
(Ing. Giovanni MATICHECCHIA)

Visto per l'inoltro al
Ministero dei Trasporti e della Navigazione
Centro Elettronico – 00100 ROMA

L'AUTORITA' MARITTIMA



2° Capo Ufficio

IGNAZIO LIPITO Antonio



Dott. LUCIANO APREA

Specialista in Medicina Preventiva dei Lavoratori e Psicotecnica Via F Cavallotti, 82 - 74123 TARANTO

Iscritto nell'elenco Nazionale dei Medici competenti tenuto presso l'Ufficio II della Direzione Generale della prevenzione sanitaria in base al Decreto dirigenziale 4 marzo 2009 (G.U. serie generale n.146 del 26 giugno 2009).

Esame tossicologico di primo livello

Ai sensi dell'Intesa del 17 novembre 2008 "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi applicative del provvedimento n. 99/ou 30 ottobre 2007"

Cognome e Nome del Lavoratore marittimo **CESARIO GIUSEPPE**

Luogo di nascita **POMPEI** data **18.04.63**

Luogo di prelievo/controllo del campione di urina **Studio medico in Taranto**

Data **18.06.2014** ora del prelievo **08,00** quantità urine raccolte ml **60**

Esito analisi di screening rapido:

TCH (tetraidrocannabinolo)	POS ☐	NEG ☒
EROINA-MORFINA	POS ☐	NEG ☒
COCAINA	POS ☐	NEG ☒
AMFETAMINA	POS ☐	NEG ☒
MTD (metadone)	POS ☐	NEG ☒
MET (metanfetamina)	POS ☐	NEG ☒
MDMA (metilendiossimetenfetamina)	POS ☐	NEG ☒

Farmaci assunti nei sette giorni precedenti

FARMACO	DOSE	DATA

Eventuali dichiarazioni del lavoratore: _____

La firma apposta dal Lavoratore attesta la corretta esecuzione del prelievo

Firma del Medico Competente

Dott. LUCIANO APREA
MEDICO COMPETENTE
Specialista in MEDICINA
PREVENTIVA DEI LAVORATORI
E PSICOTECNICA
Via Cavallotti, 82 - TARANTO

RICEVUTA

Data invio : 17/06/2014 15.43.22

Codice comunicazione : 1407314200370592

Protocollo n. 370592 del : 17/06/2014

Modello UNIFICATO - LAV

Protocollo n. 370592 del 17/06/2014

Tipo di comunicazione: Comunicazione Obbligatoria

Sezione 1 - Datore di Lavoro

Codice fiscale	00146330733	P.Iva	00146330733
Denominazione	A.M.A.T. SPA		
Azienda artigiana	No	Azienda agricola	No
Settore Ateco	49.39.09 - Altre attività di trasporti terrestri d...		
Pubblica Amministrazione	N		
Comune sede legale	L049-TARANTO	C.A.P. sede legale	74100
Indirizzo sede legale	VIA CESARE BATTISTI, 657		
Telefono sede legale	0997356208	Fax sede legale	0997794247
E-mail sede legale	picchi@amat.ta.it		
Comune sede di lavoro	L049-TARANTO	C.A.P. sede di lavoro	74100
Indirizzo sede di lavoro	VIA CESARE BATTISTI, 657		
Telefono sede di lavoro	0997356208	Fax sede operativa	0997794247
E-mail sede di lavoro	picchi@amat.ta.it		

Sezione 2 - Lavoratore

Codice fiscale	CSRGPP63D18G813D	Sesso	M
Cognome	CESARIO	Nome	GIUSEPPE
Comune (o stato estero) di nascita	G813-POMPEI	Data di nascita	18/04/1963
Cittadinanza	000 - ITALIA	Titolo di soggiorno	-
Motivo titolo di soggiorno	-	Numero titolo di soggiorno	
Scadenza titolo di soggiorno			
Questura rilascio titolo di soggiorno			
Sussistenza di sistemazione alloggiativa			
Impegno del Datore di lavoro al pagamento delle spese di rimpatrio			
Comune residenza	H882-SAN GIORGIO IONICO	CAP residenza	74027
Indirizzo residenza	VIA MONFALCONE, 12		
Comune domicilio	H882-SAN GIORGIO IONICO	CAP domicilio	74027
Indirizzo di domicilio	VIA ROMA 36		

Livello istruzione

40 - diploma di istruzione secondaria superiore che permette l'accesso all'universita'

Sezione 4 - Rapporto di lavoro

Data inizio	18/06/2014	Data fine	30/09/2014
Ente previdenziale	INPS	Codice Ente Previdenziale	INPS
P.A.T. INAIL	7102123020	Socio lavoratore	No
Lavoro in mobilità	No	lavoro stagionale	No
Codice agevolazione			
Tipologia contrattuale	LAVORO A TEMPO DETERMINATO		
Tipo Orario	TEMPO PIENO	Ore settimanali medie	
Qualifica professionale (ISTAT)	comandante marittimo (marina mercantile)		
Assunzione effettuata ai sensi della L.68/99	NO	Mansione	COMANDANTE DI COPERTA
Contratto collettivo applicato	C.c.n.l. degli autoferrofilotranvieri e internavigatori		
Livello Inquadramento	217	Tipo lavorazione	
Legge 68 data nulla osta/convenzione		Legge 68 numero atto	
Lavoro in agricoltura	NO		
Retribuzione/Compenso	10000	Giornate lavorative previste	

Sezione 5 - Dati Invio

Data invio	17/06/2014 15.43.22	Versione	CO140110R1
Soggetto che effettua la comunicazione	PICCHI ENRICO	Codice fiscale soggetto attuatore	
E-mail	picchi@amat.ta.it	Tipologia sogg. attuatore	- Non codificato
Assunzione per cause di forza maggiore	No	Descrizione causa di forza maggiore	
NOTE (ad uso esclusivo del portale sintesi)			

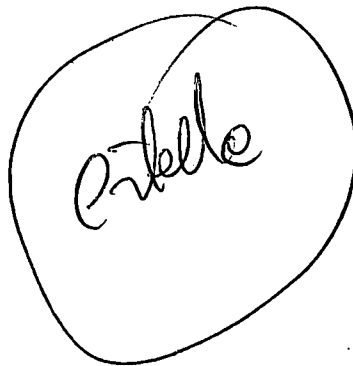
Oggetto: lettera di disponibilità**Mittente:** "cesario.1963@libero.it" <cesario.1963@libero.it>**Data:** 09/06/2014 13.13**A:** amat <amat@amat.ta.it>

Spett./le Amat

come anticipato telefonicamente in data 09/06/2014 al Sig. Cellammare, il sottoscritto Cesario Giuseppe formula la presente per confermarVi la propria disponibilità all'imbarco su Vs. M/n ADRIA per i giorni 10/11/12 Giugno 2014 mentre per l'effettiva conduzione della Motonave per trasporto passeggeri a partire dal giorno 18 Giugno 2014 (Mercoledì), in quanto impegnato a scuola per scrutini finali e adempimenti vari.

Distinti saluti

Sig. Cesario Giuseppe (Mob. 335/1267638)



Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

12559

del

09 GIU. 2014

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

Prot. az. n° 13228/UP

Taranto, 18/06/2014

Al Sig.
Cesario Giuseppe
Via Monfalcone n° 12
74027 San Giorgio Jonico (TA)

OGGETTO: Servizio idrovie stagione 2014: assunzione con contratto di lavoro a tempo determinato a tempo pieno dal **18 giugno 2014** al **30/09/2014**, nel profilo professionale di "Comandante di coperta"

Si comunica che, atteso l'esito positivo della visita medica preventiva di imbarco, la S.V. è assunta alle dipendenze dell'AMAT SpA, con contratto di lavoro a tempo determinato a tempo pieno.

Il presente contratto di lavoro decorre dal **18 giugno 2014** e si risolverà, ad ogni effetto contrattuale e di legge, senza necessità di preavviso e/o di ulteriore comunicazione, il **30/09/2014**, quale ultimo giorno lavorativo.

Il contratto in esame è subordinato alla condizione risolutiva del persistere sia della sua condizione di idoneità specifica alle mansioni di comandante, sia della relativa autorizzazione all'imbarco rilasciata, nel caso di specie, dalla Capitaneria di Porto di Taranto.

In applicazione della classificazione del personale addetto alla navigazione lagunare, così come recepita da ASSTRA ed ANAV nel verbale d'incontro dell'8/10/2002, ed in esecuzione del verbale d'accordo del 24/05/2007, sottoscritto tra l'AMAT S.p.A. e le OO.SS. di categoria, regolarmente depositato presso la competente Capitaneria di Porto di Taranto, l'assunzione viene disposta con l'attribuzione del profilo professionale di "Comandante di coperta", parametro retributivo 217, in servizio di prova ex R.D. n° 148/1931 della durata di 3 (tre) settimane di servizio effettivo.

Eventuali sue dimissioni volontarie prima del termine di scadenza fissato potranno avere effetto solo dopo 30 (trenta) giorni la formale accettazione dell'Azienda. Nel caso di mancato rispetto del termine sarà applicata una penale pari al compenso corrispondente ai giorni di mancato preavviso.

La S.V. avrà il compito di svolgere l'attività di "Comandante" a bordo delle due motonavi aziendali Adria/Clodia (entrambe di stazza lorda di 141,7 tons), con vincolo di subordinazione e dipendenza gerarchica direttamente dal Responsabile dell'Area Esercizio e dal Direttore Generale.

Il trattamento normativo spettante è quello riveniente dal CCNL Autoferrotranvieri – Internavigatori (settore navigazione lagunare); in particolare la retribuzione mensile dovuta, da corrispondersi per le mensilità di durata del contratto, oltre che per i ratei delle mensilità aggiuntive (13^a e 14^a), sarà costituita dalle seguenti voci:

- Retribuzione tabellare	€	1'249,64
- C.A.U.	€	26,97
- Indennità di mensa	€	16,53
- Indennità di contingenza	€	550,41
- T.D.R.	€	64,04

oltre alle indennità variabili rivenienti dal CCNL di categoria applicato.

Il suo orario di lavoro è fissato in 39 ore settimanali, con una media giornaliera di 6,30 ore, su un ciclo lavorativo di 17 settimane, così come previsto dal CCNL di categoria. La prestazione lavorativa dovrà essere effettuata nei turni e negli orari che le saranno tempestivamente comunicati.

La S.V. maturerà i giorni di ferie e le festività soppresse come indicate dalle disposizioni contrattuali vigenti.

L'AMAT S.p.A. ha facoltà di recedere anticipatamente dal contratto, ai sensi di legge, per giusta causa o giustificato motivo, ovvero qualora siano accertati rilevanti violazioni disciplinari da parte della S.V.

Per tutto quanto non espressamente stabilito e pattuito, saranno applicate le disposizioni contenute negli AA.NN. 27/11/2000 e 18/11/2004, nel verbale dell'8 ottobre 2002 sottoscritto dalle Organizzazioni datoriali ASSTRA e ANAV con le OO.SS. FILT-CGIL, FIT-CISL e UIL-TRASPORTI, nel D.Leg.vo n° 368/2001, e successive modifiche ed integrazioni, nonché nel R.D. n° 148/1931 e nei regolamenti aziendali, in quanto applicabili.

Il numero di matricola aziendale che le viene attribuito è: **1906**.

Si fa presente, altresì, che i numeri di posizione aziendale sono i seguenti: INPS n° 7805057644; INAIL n° 71021230/20.

L'Ufficio Personale provvederà, infine, a fornirLe copia dei documenti di cui all'art. 12 del Regolamento All. "A" ed acquisire il suo consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente.

La presente dovrà essere firmata per accettazione.

Il Direttore Generale
(Ing. Giovanni Matichecchia)

IL PRESIDENTE
(Dott. Francesco Walter Poggi)

Per accettazione
(Sig. Cesario Giuseppe)

Prot. az. n° 13228/UP

Taranto, 18/06/2014

Al Sig.
Cesario Giuseppe
Via Monfalcone n° 12
74027 San Giorgio Jonico (TA)

OGGETTO: Servizio idrovie stagione 2014: assunzione con contratto di lavoro a tempo determinato a tempo pieno dal **18 giugno 2014** al **30/09/2014**, nel profilo professionale di "Comandante di coperta"

Si comunica che, atteso l'esito positivo della visita medica preventiva di imbarco, la S.V. è assunta alle dipendenze dell'AMAT SpA, con contratto di lavoro a tempo determinato a tempo pieno.

Il presente contratto di lavoro decorre dal **18 giugno 2014** e si risolverà, ad ogni effetto contrattuale e di legge, senza necessità di preavviso e/o di ulteriore comunicazione, il **30/09/2014**, quale ultimo giorno lavorativo.

Il contratto in esame è subordinato alla condizione risolutiva del persistere sia della sua condizione di idoneità specifica alle mansioni di comandante, sia della relativa autorizzazione all'imbarco rilasciata, nel caso di specie, dalla Capitaneria di Porto di Taranto.

In applicazione della classificazione del personale addetto alla navigazione lagunare, così come recepita da ASSTRA ed ANAV nel verbale d'incontro dell'8/10/2002, ed in esecuzione del verbale d'accordo del 24/05/2007, sottoscritto tra l'AMAT S.p.A. e le OO.SS. di categoria, regolarmente depositato presso la competente Capitaneria di Porto di Taranto, l'assunzione viene disposta con l'attribuzione del profilo professionale di "Comandante di coperta", parametro retributivo 217, in servizio di prova ex R.D. n° 148/1931 della durata di 3 (tre) settimane di servizio effettivo.

Eventuali sue dimissioni volontarie prima del termine di scadenza fissato potranno avere effetto solo dopo 30 (trenta) giorni la formale accettazione dell'Azienda. Nel caso di mancato rispetto del termine sarà applicata una penale pari al compenso corrispondente ai giorni di mancato preavviso.

La S.V. avrà il compito di svolgere l'attività di "Comandante" a bordo delle due motonavi aziendali Adria/Clodia (entrambe di stazza lorda di 141,7 tons), con vincolo di subordinazione e dipendenza gerarchica direttamente dal Responsabile dell'Area Esercizio e dal Direttore Generale.

Il trattamento normativo spettante è quello riveniente dal CCNL Autoferrotranvieri – Internavigatori (settore navigazione lagunare); in particolare la retribuzione mensile dovuta, da corrispondersi per le mensilità di durata del contratto, oltre che per i ratei delle mensilità aggiuntive (13^a e 14^a), sarà costituita dalle seguenti voci:

- Retribuzione tabellare	€	1'249,64
- C.A.U.	€	26,97
- Indennità di mensa	€	16,53
- Indennità di contingenza	€	550,41
- T.D.R.	€	64,04

oltre alle indennità variabili rivenienti dal CCNL di categoria applicato.

Il suo orario di lavoro è fissato in 39 ore settimanali, con una media giornaliera di 6,30 ore, su un ciclo lavorativo di 17 settimane, così come previsto dal CCNL di categoria. La prestazione lavorativa dovrà essere effettuata nei turni e negli orari che le saranno tempestivamente comunicati.

La S.V. maturerà i giorni di ferie e le festività soppresse come indicate dalle disposizioni contrattuali vigenti.

L'AMAT S.p.A. ha facoltà di recedere anticipatamente dal contratto, ai sensi di legge, per giusta causa o giustificato motivo, ovvero qualora siano accertati rilevanti violazioni disciplinari da parte della S.V.

Per tutto quanto non espressamente stabilito e pattuito, saranno applicate le disposizioni contenute negli AA.NN. 27/11/2000 e 18/11/2004, nel verbale dell'8 ottobre 2002 sottoscritto dalle Organizzazioni datoriali ASSTRA e ANAV con le OO.SS. FILT-CGIL, FIT-CISL e UIL-TRASPORTI, nel D.Leg.vo n° 368/2001, e successive modiche ed integrazioni, nonché nel R.D. n° 148/1931 e nei regolamenti aziendali, in quanto applicabili.

Il numero di matricola aziendale che le viene attribuito è: **1906**.

Si fa presente, altresì, che i numeri di posizione aziendale sono i seguenti: INPS n° 7805057644; INAIL n° 71021230/20.

L'Ufficio Personale provvederà, infine, a fornirLe copia dei documenti di cui all'art. 12 del Regolamento All. "A" ed acquisire il suo consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente.

La presente dovrà essere firmata per accettazione.

Il Direttore Generale
(Ing. Giovanni Mathecchia)

IL PRESIDENTE
(Dott. Francesco Walter Poggi)

Per accettazione
Sig. Cesarino Giuseppe

Prot. az. n° 12136/UP

Taranto, 06/06/2014

Al Sig.
Cesario Giuseppe
Via Monfalcone n° 12
74027 San Giorgio Jonico (TA)

TESTO TELEGRAMMA

OGGETTO: SELEZIONE PUBBLICA PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO di n° 2 (due)
"COMANDANTI DI COPERTA"

Con riferimento alla selezione in oggetto, si rende noto che la S.V. si è collocata utilmente al 1° (primo) posto della graduatoria di merito, approvata dal Consiglio d'Amministrazione e già pubblicata sul sito internet aziendale.

Pertanto, è invitata a fornire conferma scritta circa la sua disponibilità all'imbarco a decorrere dal 13 giugno p.v.

Distinti saluti

FIRMATO
IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Natichecchia)

a.48

220736585004

Copia Mittente - Numero Accettazione: 2000022906953

ZCZC 220737585004

IGTA CO IGBA 074

70100 DRT-DCC-ACN-CALLCENTER-BARI 74 06 1450

CESARIO GIUSEPPE

VIA MONFALCONE 12

74027 SANGIORGIOJONICO

OGGETTO: SELEZIONE PUBBLICA PER L'ASSUNZIONE A TEMPO
DETERMINATO DI N. 2 COMANDANTI DI COPERTA.

CON RIFERIMENTO ALLA SELEZIONE IN OGGETTO SI RENDE NOTO CHE
LA S.V. SI E' COLLOCATA UTILMENTE AL PRIMO POSTO DELLA
GRADUATORIA DI MERITO, APPROVATA DAL CONSIGLIO
D'AMMINISTRAZIONE E GIA' PUBBLICATA SUL SITO INTERNET
AZIENDALE. PERTANTO, E' INVITATA A FORNIRE CONFERMA SCRITTA
CIRCA LA SUA DISPONIBILITA' ALL'IMBARCO A DECORRERE DAL 13
GIUGNO P.V. DISTINTI SALUTI

IL DIRETTORE GENERALE ING. GIOVANNI MATICHECCHIA

MITTENTE:

AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI 657

74121 TARANTO

NNNN

POSTE ITALIANE S.p.A. - SERVIZIO TELEGRAFICO

PUBBLICO

UFFICIO DI DRT-DCC-ACN-CALLCENTER-BARI

TELEGRAMMA N.RO 22073758500401060620141450

DEL 06/06/14

ORE 14:50

PAROLE

74

BATTISTI 657

IMPORTO

EURO 11.48

ESCLUSA TASSA DI FONODETTATURA

IVA SECONDO VIGENTE NORMATIVA

MITTENTE:

AMAT SPA

VIA CESARE

74121 TARANTO

A seguito della Sua richiesta, Le inviamo copia mittente relativa al telegramma da lei dettato tramite il servizio 186 di Poste Italiane.

Ringraziando per aver usufruito del nostro servizio, Le porgiamo distinti saluti.

Mercato Privati - Servizi al cliente - Contact Center 186

Questo messaggio viene trasmesso automaticamente: non rispondere al mittente.
Per informazioni o reclami chiamare il numero verde 186 di Poste Italiane.

La presente comunicazione elettronica contiene informazioni aziendali non private. Eventuali risposte alla presente potrebbero essere conosciute, per motivi organizzativi e di sicurezza, dal personale di Poste Italiane S.p.A.

Dott.ssa Fabiola Menenti

Da: amat [amat@amat.ta.it]
Inviato: lunedì 9 giugno 2014 15.51
A: menenti
Oggetto: Fwd: lettera di disponibilità

----- Messaggio originale -----

Oggetto: lettera di disponibilità
Data: Mon, 9 Jun 2014 13:13:29 +0200
Mittente: cesario.1963@libero.it <cesario.1963@libero.it>
Rispondi-a: cesario.1963@libero.it <cesario.1963@libero.it>
A: amat <amat@amat.ta.it>

Spett/le Amat
come anticipato telefonicamente in data 09/06/2014 al Sig. Cellammare, il sottoscritto Cesario Giuseppe formula la presente per confermarVi la propria disponibilità all'imbarco su Vs. M/n ADRIA per i giorni 10/11/12 Giugno 2014 mentre per l'effettiva conduzione della Motonave per trasporto passeggeri a partire dal giorno 18 Giugno 2014 (Mercoledì), in quanto impegnato a scuola per scrutini finali e adempimenti vari.
Distinti saluti
Sig. Cesario Giuseppe (Mob. 335/1267638)

NNNN

POSTE ITALIANE S.p.A. - SERVIZIO TELEGRAFICO PUBBLICO

UFFICIO DI DRT-DCC-ACN-CALLCENTER-BARI

MITTENTE:

TELEGRAMMA N.RO 22073758500401060620141450

DEL 06/06/14

ORE 14:50

AMAT SPA

PAROLE

74

VIA CESARE BATTISTI 657

IMPORTO

EURO 11.48

74121 TARANTO

ESCLUSA TASSA DI FONODETTATURA

IVA SECONDO VIGENTE NORMATIVA

INFORMAZIONI ALLA CLIENTELAGrazie per aver usato il nostro servizio telegrammi

La informiamo che oggi con il servizio Certofax puo' inviare documenti dal suo apparecchio fax con la garanzia della inalterabilita' dei dati di trasmissione e del contenuto, conferendo agli stessi un maggior valore probatorio. Il servizio e' accessibile digitando il numero 899100097 e seguendo le indicazioni del menu vocale. La copia del fax, completa di tutti i dati, viene archiviata da Poste Italiane per 10 anni e potra' essere richiesta sia dal mittente che dal destinatario. Il pagamento puo' essere effettuato con addebito su bolletta telefonica o con fatturazione mensile, sottoscrivendo un contratto dedicato. Per maggiori informazioni, consulti il sito www.poste.it o chiami il numero verde 803160.

Per reclami relativi al servizio e' possibile rivolgersi al numero telefonico 803160 fornendo i "dati telegramma".

Oggetto: lettera di disponibilità

Mittente: "cesario.1963@libero.it" <cesario.1963@libero.it>

Data: 09/06/2014 13.13

A: amat <amat@amat.ta.it>

Spett/le Amat

come anticipato telefonicamente in data 09/06/2014 al Sig. Cellammare, il sottoscritto Cesario Giuseppe formula la presente per confermarVi la propria disponibilità all'imbarco su Vs. M/n ADRIA per i giorni 10/11/12 Giugno 2014 mentre per l'effettiva conduzione della Motonave per trasporto passeggeri a partire dal giorno 18 Giugno 2014 (Mercoledì), in quanto impegnato a scuola per scrutini finali e adempimenti vari .

Distinti saluti

Sig. Cesario Giuseppe (Mob. 335/1267638)

Prot. az. n° 13193/UP

TARANTO, 18 GIU. 2014

Egr.
Dr. Luciano Aprea
Via Cavallotti, 82
TARANTO
74121
e p.c. Al Sig.
CESARIO Giuseppe
MARANGIONE Angelo

Fax n° 099/4527471

OGGETTO: Richiesta visite mediche preventive d'imbarco

Secondo gli accordi telefonici già intercorsi, si comunica che il giorno 18/06/2014, alle ore 08:00, si presenteranno presso il Suo studio il personale di seguito indicato, per essere sottoposto alla prescritta visita medica preventiva per l'imbarco da effettuare in pari data, sulle motonavi CLODIA e/o ADRIA:

COGNOME E NOME	QUALIFICA	COMPARTIMENTO	MATRICOLA	CODICE FISCALE
CESARIO Giuseppe	Comandante	Taranto	12962/1	CSRGPP63D18G813D
MARANGIONE Angelo	Marinaio	Taranto	13405/1	MRNMGL86B02L049F

Si chiede, ai sensi della normativa vigente, di sottoporre il Sig. CESARIO Giuseppe a controllo tossicologico, in relazione alla qualifica sopra indicata.

Distinti saluti

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Marchecchia)