

OK es



S.p.A.

Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto

DIPENDENTE <u>AGOSTINI NICOLA</u>		M. TRIGOLA N. <u>1581</u>	
NAT. <u>A</u> <u>TARANTO</u>		DATA DI ASSUNZIONE <u>07-01-2005</u> CATEG. _____	
IL <u>19.01.1971</u> STATO CIVILE _____		NULLA OSTA UFF. COLLOC. N. _____ DATA _____	
INDIRIZZO <u>VIA ROCCO LAZZARERA N° 43/1</u>		DOCUMENTO D'IDENTITÀ _____ N. _____	
<u>TARANTO</u> TEL. _____		COMUNE O PREFETTURA _____ DATA _____	
VARIAZIONE _____		LIBRETTO DI LAVORO N. _____ QUALIFICA _____ CAT. _____	
<u>306050</u> TEL. _____		COMUNE _____ DATA _____	
TITOLO DI STUDIO _____		☒ LICENZIAMENTO ☐ DIMISSIONI DATA <u>26.10.2005</u>	
POSIZIONE MILITARE _____		MOTIVO <u>RESOLUZIONE PER INIDONEITÀ</u>	
INVALIDO _____ CATEG. _____		DATA COMUNICAZIONE UFF. COLLOCAMENTO _____	
PROFUGO PROVENIENTE DA _____		DOCUMENTI RESTITUITI _____	
ORFANO _____ VEDOVA _____		DATA RESTITUZIONE DOCUMENTI _____	
PENSIONATO _____ TESSERA N. _____		FIRMA _____	
CARICHE SINDACALI _____			

CONTRATTO DI LAVORO A TERMINE A TEMPO PIENO

Con la presente scrittura privata, redatta in duplice originale tra

a) I AMAT S p A (Azienda per la Mobilita nell Area di Taranto S p A), in persona del Presiden

te del C d A , nonche legale rappresentante pro tempore, Sig Enzo Manco, in relazione ai

poteri conferitigli con deliberazioni n° 3/2001 e 13/2003 ,

b) il Sig AUGENTI NICOLA, nato a TARANTO il 19/01/71 e residente a TARANTO alla Via

ROCCO LAZZERA n° 43 P 1 (c f GNT NCL 71A19 L049T),

P R E M E S S O

- che, con deliberazione n° 82 del 28/10/2003, il Consiglio di Amministrazione dell'AMAT

S p A ha preso atto di una carenza nell'organico aziendale di agenti in possesso del pro

filo professionale di 'Operatore di esercizio , stabilendo di procedere alla copertura dei

posti vacanti attraverso modalita che sarebbero state individuate con un successivo

provvedimento del Consiglio stesso,

- che, nelle more dell'espletamento della procedura selettiva, vista la necessita di garantire

ed assicurare la regolarita del servizio pubblico, con la precitata deliberazione del Consi

glio di Amministrazione si e deciso di procedere all'assunzione con contratto a termine di

personale in possesso dei requisiti per l'espletamento delle mansioni di cui al profilo pro-

fessionale di Operatore di esercizio,

- che successivamente, con deliberazione n° 30 del 30 marzo 2004, il Consiglio

d'Amministrazione ha deliberato un avviso di selezione pubblica per la formazione di una

graduatoria di idonei da utilizzare nelle mansioni di operatore d'esercizio, dalla quale at-

tingere per assunzioni da attuare nelle forme contrattuali dei contratti di inserimento e/o

a tempo indeterminato,

- che, con deliberazione n° 45 del 22/07/2004, il Consiglio d'Amministrazione ha adeguato

la dotazione organica dell'Area Esercizio,

	- che, ad oggi, tenuto conto della carenza organica e delle intervenute quiescenze del personale, onde poter garantire il servizio di trasporto all'utenza, e necessario ed indispensabile procedere all'assunzione con contratti a termine di ulteriore personale di guida,	
	- che, nel caso di specie, si ravvisa la sussistenza delle ragioni di carattere tecnico, sostitutivo e organizzativo di cui all'art. 1 del D. Leg. vo n° 368/2001,	
	- che, a seguito di precedente controllo sanitario effettuato presso l'ASL TA/1, e stato già accertato il possesso da parte del Sig. AUGENTI dei requisiti di cui al D. M. n° 88/99 e successive modificazioni ed integrazioni per l'espletamento delle mansioni di guida,	
	- visti la patente di guida ed il certificato di abilitazione professionale in corso di validità presentata dal Sig. AUGENTI ed acquisiti in copia agli atti aziendali,	
	- vista, altresì, la documentazione presentata dal Sig. AUGENTI ed acquisita agli atti aziendali, relativamente al possesso dei requisiti richiesti,	
	SI STIPULA	
	il presente contratto di lavoro a termine a tempo pieno, secondo le disposizioni di cui al D. Leg. n° 368/2001 e successive modifiche ed integrazioni, nonché la disciplina contrattuale di settore vigente, nei termini di seguito indicati	
	a) il presente contratto di lavoro a termine, motivato dalla necessità di far fronte alla carenza organica, avrà una durata corrispondente al periodo di tempo necessario all'espletamento della procedura selettiva indetta con la deliberazione n° 30 del 30 marzo 2004 sopra citata. Il presente contratto decorrerà dal 7 (sette) gennaio 2005 e, qualora non precedentemente risolto per il verificarsi della condizione risolutiva del completamento delle procedure di assunzioni, scadrà il giorno 30/06/2005. Pertanto, alla predetta data, in mancanza di espressa proroga, il rapporto dovrà considerarsi risolto ad ogni effetto, contrattuale e di legge, senza necessità di preavviso o di ulteriore comuni-	

			cazione,	
b)	in considerazione della circostanza che le future assunzioni di operatori di esercizio con			
	contratti di lavoro a tempo indeterminato e/o di inserimento riguarderanno i candidati			
	che risulteranno utilmente collocati nella graduatoria redatta al termine delle operazioni			
	di pubblica selezione già in corso, il Sig AUGENTI prende atto che, nel caso di specie,			
	non sarà operativo il diritto di precedenza,			
c)	in applicazione della classificazione del personale addetto ai servizi di trasporto di cui			
	all'A N 27/11/2000, l'assunzione viene disposta con l'attribuzione al Sig AUGENTI del			
	profilo professionale di operatore d'esercizio , parametro 140 L'assunzione è sottoposta			
	ad un periodo di prova ex R D n° 148/1931 della durata di due settimane di servizio ef			
	fettivo,			
d)	I compiti attribuiti al Sig AUGENTI, secondo le indicazioni impartite dai superiori			
	dell'Area Esercizio, sono quelli di guida degli automezzi aziendali per il trasporto pubbli			
	co di persone , oltre alle mansioni contrattualmente previste per lo specifico profilo pro			
	fessionale attribuito,			
e)	il trattamento economico e normativo spettante e quello riveniente dal CCNL di catego			
	ria, e più precisamente la retribuzione mensile dovuta sarà costituita dalle seguenti voci			
	Retribuzione tabellare	EURO	624,62	
	C A U	EURO	38,59	
	Indennità di mensa	EURO	16,53	
	Indennità di contingenza + E D R	EURO	533,58	
	T D R	EURO	41,32	
	oltre alle indennità dovute, ai ratei delle mensilità aggiuntive e alle eventuali ulteriori voci			
	salariali aziendali rivenienti da specifici accordi di secondo livello, qualora siano applicabili in			
	relazione sia alla natura degli stessi accordi sia alle caratteristiche del predetto contratto di			

3

lavoro a termine,

f) l'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 dall'art. 22 dell'A.N. 27/11/2000 e dall'accordo aziendale vigente,

g) per quanto concerne la maturazione delle ferie e delle festività sopresse, si fa espresso rinvio al CCNL di categoria e ai vigenti accordi di settore,

h) in servizio l'agente si impegna a tenere un comportamento decoroso e dignitoso nei confronti dell'utenza e ad indossare, altresì, un pantalone lungo e una giacca di colore scuro e scarpe idonee alla guida dei mezzi,

i) l'Azienda ha facoltà di recedere anticipatamente dal contratto, ai sensi di legge, per giusta causa o giustificato motivo, ovvero qualora nel comportamento dell'agente siano accertate rilevanti violazioni disciplinari,

j) il presente rapporto di lavoro è disciplinato, oltre che dalle disposizioni normative già precedentemente citate, dal R.D. n° 148/1931, nonché dai contratti ed accordi nazionali di lavoro vigenti per i dipendenti delle Aziende esercenti pubblici servizi di trasporto ed, infine, dai regolamenti ed accordi aziendali in vigore presso l'AMAT S.p.A., in quanto applicabili alla fattispecie del contratto stesso,

k) il numero di iscrizione nel libro matricola aziendale in uso è 1581

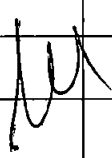
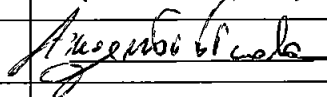
Taranto, li 05/01/2005

Il Sig. AUGENTI NICOLA

Il Presidente

(NICOLA AUGENTI)

(Enzo Manco)



Prot n° **20349** /UP

Taranto, li

26 OTT. 2005

Al Sig.

Agenti Nicola

Via Rocco Laterza, 43

74100 Taranto

TESTO TELEGRAMMA

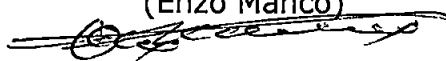
OGGETTO: Risoluzione immediata contratto di lavoro a termine

Comunicasi la risoluzione immediata, a decorrere dalla data odierna, del contratto di lavoro a termine in essere con questa Azienda.

Seguirà comunicazione a mezzo raccomandata A/R.

IL PRESIDENTE

(Enzo Manco)



Prot n° 21067 UP

Taranto, lì **26 OTT 2005**



Spett.le
Centro Territoriale per
L'Impiego di Taranto
Via Salento, 3
74100 TARANTO

OGGETTO Comunicazione

Comunichiamo a codesto Spett.le Centro che l'agente

Sig. **AUGENTI Nicola**, nato a Taranto il 19/01/1971 e residente Taranto in Via R. Lazazzera n. 43/1, in possesso del profilo professionale di operatore di esercizio (parametro retributivo 140), codice fiscale GNT NCL 71A19 L049T, ha cessato il rapporto di lavoro a tempo determinato con questa Azienda a decorrere dal 26/10/2005, per risoluzione del contratto a seguito di sopraggiunta inidoneità.

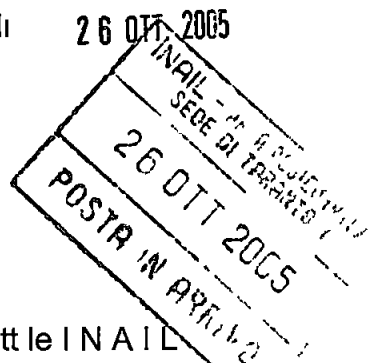
Distinti saluti

IL PRESIDENTE
(Enzo MANCO)

Taranto, li

26 OTT 2005

Prot n° 20952 UP



Spett.le INAIL
Ufficio Datori di Lavoro
Via Salinella Zona Bestat
74100 TARANTO

Oggetto Denuncia nominativa degli assicurati ex D. Leg.vo n° 38/2000

Si invia, in allegato alla presente, il modello di denuncia di cessazione del rapporto di lavoro a tempo determinato relativo al dipendente **AUGENTI Nicola** con decorrenza 26/10/2005, per risoluzione immediata del contratto a seguito di sopraggiunta inidoneità.

Distinti saluti

IL PRESIDENTE
(Enzo MANCO)

					0	0	1	4	6	3	3	0	7	3	3
--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DENUNCIA NOMINATIVA DEGLI ASSICURATI – D Lgs n° 38/2000

CHIO

2	0	0	5
---	---	---	---

CHIO

--	--	--	--

CHIO

--	--	--	--

CHIO

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

~~_____~~

Prot n **20948** / UP

Taranto, lì

26 OTT. 2005

Al Sig

Agenti Nicola

Via Rocco Laterza, 43

74100 Taranto

Oggetto: Selezione pubblica per assunzione a tempo indeterminato di tipo part-time nel profilo professionale di operatore d'esercizio

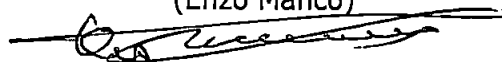
Con riferimento a quanto in oggetto, si comunica che, a seguito della visita medica d'assunzione cui è stato sottoposto presso la Direzione Sanitaria delle F S di Bari, Lei è stato giudicato "NON IDONEO" per l'assunzione con l'attribuzione del profilo professionale di operatore d'esercizio

Come previsto dal D.M n° 88/99 e successive modifiche ed integrazioni, contro il predetto giudizio medico Lei potrà presentare, per il tramite di questa Azienda, ricorso in appello presso la sede centrale della Direzione Sanità delle FF.SS avente sede in Roma, entro 30 (trenta giorni) dalla notifica della presente

Si comunica, infine, che presso l'Ufficio Personale e Retribuzioni dell'AMAT lei dovrà ritirare personalmente una busta chiusa, contenente suoi dati personali, che i sanitari del predetto Centro Sanitario hanno trasmesso a questa Azienda

Distinti saluti

IL PRESIDENTE
(Enzo Manco)



Avviso di ricevimento



Raccomandata



Pacco



Assicurata

Euro

12796552181

2

Numero

Data di spedizione _____ Dall'ufficio postale di _____

Destinatario AGENTI MICOCA

Via R. LAZZARERA N. 43/1

CAP 74100 Località TARANTO

Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

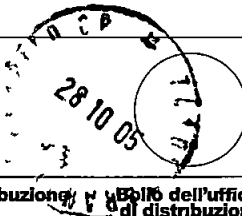
Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio
di distribuzione



Consegna effettuata ai sensi dell'art. 33 D.M. 09/04/01
inviati multipli a un unico destinatario
• Sottoscrizione rifiutata

28/10/01 (Mico)



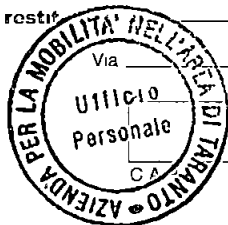
Posteitaliane



Avviso di ricevimento

Mod 23 I/O Cod W8401E L3

Da restituire



AMAT s.p.a.
Via C.Battisti 657
74100 Taranto

Località

Provincia

Prot n 14128/UP

Taranto, lì 29/06/2005

e p.c.

All'agente
AUGENTI NICOLA
Direttore
Dirigente Amm vo
Dirigente Tecnico
Area Esercizio
Area Personale
SEDE

Oggetto Proroga del contratto a termine ex art 4 del D Leg vo n° 368/2001

Poiché continuano a sussistere oggettivamente le stesse esigenze poste a base del contratto a termine da Lei sottoscritto e in scadenza il 30 giugno 2005, è ns volontà prorogare il precitato contratto per il tempo necessario alla conclusione delle operazioni concorsuali di cui all'avviso di selezione pubblica, approvato con deliberazione del C.d.A. di quest'Azienda n° 30/2004, e alla conseguente definizione delle operazioni di assunzioni di personale di guida

Pertanto, nelle more della ormai prossima conclusione della selezione, il precitato contratto a termine si intende prorogato fino al 30/11/2005, ma si risolverà antecedentemente, ad ogni effetto contrattuale e di legge, qualora la selezione pubblica e le future assunzioni si concludano prima del termine di scadenza sopra indicato

La proroga si intende effettuata alle condizioni già in atto contenute nel contratto sottoscritto

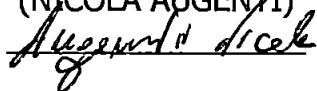
La presente dovrà da Lei essere controfirmata per accettazione.
Distinti saluti

IL PRESIDENTE
(Enzo Manco)



Per accettazione

Il lavoratore
(NICOLA AUGENTI)



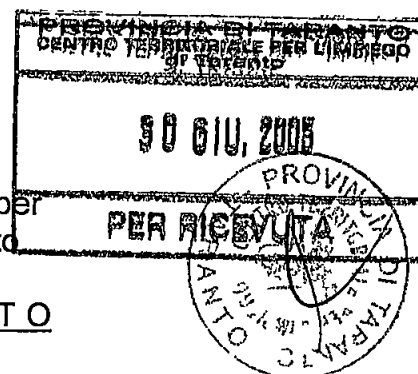
1581

Prot n° 14577 UP

Taranto, li

30 GIU. 2005

Spett.le
Centro Territoriale per
L'Impiego di Taranto
Via Salento, 3
74100 TARANTO



OGGETTO Comunicazione proroga contratti di lavoro a tempo determinato riferiti a 33 unità lavorative

Per quanto di competenza, si comunica a codesto Spett.le Centro che i contratti a termine in essere con 33 unità lavorative, i cui dati sono riportati nell'elenco allegato, sono stati prorogati dal 01/07/2005 al 30/11/2005, in applicazione dell'art. 4 del D. Leg.vo n° 368/2001.

Tutti i contratti, sottoscritti a causa della vacanza organica del personale di guida, nelle more delle assunzioni da effettuare al termine della selezione pubblica già indetta, si risolveranno antecedentemente rispetto al termine ultimo di proroga indicato qualora la predetta selezione si concluda prima del 30/11/2005.

In caso di risoluzione anticipata dei contratti, rispetto al termine ultimo di proroga indicato del 30/11/2005, sarà cura di quest'azienda effettuare le dovute comunicazioni nei termini di legge.

Distinti saluti

IL PRESIDENTE
(Enzo MANCO)

ELENCO NOMINATIVI CON CONTRATTO DI PROROGA								
n°	COGNOME	NOME	LUOGO DI NAS	DATA DI NAS	RESIDENZA	VIA	N°	Profilo Professionale
1	RUSSO	FRANCESCO	TARANTO	20/05/1956	TARANTO	GENZIANE	12	operatore di esercizio
2	LADIANA	LUIGI	TARANTO	27/06/1956	TARANTO	NAVE PUGLIA	23	operatore di esercizio
3	CARDONE	ANTONIO C	CRISPIANO	19/10/1958	MONTEMESOLA	REG MARGHERITA	17	operatore di esercizio
4	CLEMENTE	LUIGI	TARANTO	03/07/1959	TARANTO	CORSICA	10	operatore di esercizio
5	TRIANNI	RAFFAELE	MONTEIASI	20/06/1960	TARANTO	SCOGGIO DEL TONNO	51 INT 6	operatore di esercizio
6	GRECO	ORAZIO	ACIREALE	13/01/1962	TARANTO	F PIRANDELLO	3 INT 1	operatore di esercizio
7	MARRA	DONATO	TARANTO	05/08/1962	TARANTO	V LE UNITA' D'ITALIA	732	operatore di esercizio
8	PORTULANO	PASQUALE	VUCHT (BELGIO)	22/05/1963	TARANTO	P ZZA G DI VITTORIO	112	operatore di esercizio
9	COLELLA	GIUSEPPE	TARANTO	22/08/1967	TARANTO	T LIVIO	24 P 5	operatore di esercizio
10	ROSA	PLACIDO	TARANTO	05/11/1969	TARANTO	LAGO DI COMO	67	operatore di esercizio
11	CARAMIA	VITTORIO	TARANTO	20/12/1969	TARANTO	BASTA	42	operatore di esercizio
12	AUGENTI	NICOLA	TARANTO	19/01/1971	TARANTO	ROCCO LAZZERA	43 P 1	operatore di esercizio
13	LO NOCE	ANNA	TARANTO	01/12/1972	TARANTO	GREGORIO VII°	9	operatore di esercizio
14	BANI	ANGELO	TARANTO	01/05/1973	LEPORANO	PASSERI	SNC	operatore di esercizio
15	DI MONTE	MASSIMO	TARANTO	14/07/1974	TARANTO	G GIOVINE	2	operatore di esercizio
16	GALIOLO	SARA	CALTAGIRONE	22/01/1975	TARANTO	PESCE GRONCO	15	operatore di esercizio
17	ANTONACI	ANTONIO	TARANTO	24/07/1975	TARANTO	LOR ZO IL MAGNIFICO	2/A	operatore di esercizio
18	SCARCIA	ABELE	TARANTO	04/11/1976	TARANTO	VIALE 25 APRILE	30	operatore di esercizio
19	VARESE	ALESSANDRO	TARANTO	03/12/1976	TARANTO	DI PALMA	60	operatore di esercizio
20	FRANCO	PATRIZIA	TARANTO	04/02/1977	SAN MARZANO	CASADINI	131	operatore di esercizio
21	DE GIORGIO	SALVATORE	TARANTO	09/11/1977	TARANTO	S DOMENICO LAMA	6/B	operatore di esercizio
22	DE BARTOLOMEO	PASQUALE	TARANTO	21/02/1978	TARANTO	TESSAGLIA	3	operatore di esercizio
23	RAMBALDI	ROBERTO	TARANTO	24/01/1979	TARANTO	ALTO ADIGE	79	operatore di esercizio
24	NOTARISTEFANO	COSIMO	TARANTO	29/12/1979	TARANTO	CORSO ANNIBALE	30	operatore di esercizio
25	TOMASELLI	GIOVANNI	TARANTO	02/12/1981	FRAGAGNANO	CATULLO	1	operatore di esercizio
26	LARDIERI	GERARDO	TARANTO	24/03/1982	TARANTO	TUBEROSE	3	operatore di esercizio
27	DI PONZIO	COSIMO	TARANTO	23/05/1982	TARANTO	DANTE	400/B	operatore di esercizio
28	MARRA	ARTEMIO	TARANTO	24/11/1971	TARANTO	VIALE UN D'ITALIA	8	operatore di esercizio
29	RIZZUNI	FERNANDO	TARANTO	27/11/1972	TARANTO	VUA DELFINI	56	operatore di esercizio
30	FRIULI	COSIMO	TARANTO	10/03/1962	TARANTO	VIA GATTUCCI	15	operatore di esercizio
31	FORASTIERE	MICHELE	TARANTO	12/08/1974	TARANTO	VIA SIRACUSA	S N	operatore di esercizio
32	ANACLERIO	ANGELO	TARANTO	22/08/1963	TARANTO	VIALE 25 APRILE	ED B/D	operatore di esercizio
33	CASTELLANO	ROSARIO	TARANTO	07/04/1956	LEPORANO	VIA DEL MARE	2	operatore di esercizio





COMUNE DI TARANTO

12° Settore Servizi Demografici e Decentramento
Servizio Elettorale

IL SINDACO

Vista la circolare del Ministero dell'Interno (Dir Gen Amm Civile) Div II - Sez II - n 151700 - 5 in data 27 aprile 1939,

Visti gli atti d'ufficio,

Accertato l'esito negativo del Certificato Generale,

C E R T I F I C A

che il Sig Augenti Miesla
nato a Taranto il 19 1 1941
Atto n 33 p I s A , possiede il godimento dei diritti
politici

Si rilascia, a richiesta dell'interessato, per gli usi consentiti dalla legge

Taranto, li 29.9.2004

IL REDATTORE

ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO
(Sig.ra Sonia FUMAROLA)

Fumarola



IL SINDACO

IL CAPO UFFICIO

De Jago

PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE
DI TARANTO
CERTIFICATO DEI CARICHI PENDENTI

Operatore dls
Cognome AUGENTI
Nome NICOLA
nato/a il 19/01/1971
in TARANTO (TA)
e residente in IVI
Per uso CONSENTITO

Su richiesta dell' INTERESSATO si certifica, ai sensi dell'art.60 comma 1 CPP, che dal registro informatizzato delle notizie di reato risulta

*** NEGATIVO ***

TARANTO, 30/09/2004

APPENDICE ALLA
RICERCA DI CARICA
DA € 310 PER CARICHI
DI CANCELLERIA
IL RESPONSABILE



IL CANCELLIERE
(F. CHYURLIA)

P R O C U R A D E L L A R E P U B B L I C A P R E S S O I L T R I B U N A L E
U F F I C I O L O C A L E D I T A R A N T O

N 05863/0019-0396

C E R T I F I C A T O P E N A L E D E L C A S E L L A R I O G I U D I Z I A L E

A l n o m e d i C O G N O M E A U G E N T I N O M E N I C O L A

N A T O I L 19/1/1971 I N T A R A N T O (T A)

S U L L A R I C H I E S T A D E L L ' I N T E R E S S A T O
P E R U S O A M M I N I S T R A T I V O (A r t 2 5 D P R 1 4 / 1 1 / 2 0 0 2 N 3 1 3)

S I A T T E S T A C H E N E L L ' U F F I C I O L O C A L E D I T A R A N T O R I S U L T A

N U L L A

T A R A N T O , 3 0 / 9 / 2 0 0 4

A P P L I C A T A S U L L A
R I C H I E S T A M A R C A
D A € 3,60 P E R D E B I T T I
D I C A N C E L L E R I A .

I L R E S P O N S A B I L E :

I L C A N C E L L I E R E



I L C A N C E L L I E R E - C 1
(P a c c i o n e C H Y U R L I A)



COMUNE DI TARANTO

DIREZIONE DECENTRAMENTO
SERVIZIO CIRCOSCRIZIONALE «BORGO»
UFFICIO ANAGRAFE

AR

ACQUASPIG

CERTIFICATO DI RESIDENZA

Visti gli atti d'ufficio

si certifica che :

AUGENTI NICOLA
nato a TARANTO (TA)
il 19/01/1971
registrato a TARANTO (TA)
atto n. 33 P.I S.A TAMBURI
CONIUGATO il 13/07/2004 con RENNA LUANA
TARANTO (TA) atto n. 40 P.II S.A TAMBURI
abitante in VIA ROCCO LACAZZERA, 43 P.1

FF. 212001

C.F. GNTNCL71A19L0491

E' RESIDENTE in questo Comune

Questo certificato ha validita' sei mesi dalla data di rilascio.

ESENTE DA BOLLO

Art. 9 tab.B D.F.R. n.642 del 26/10/1972

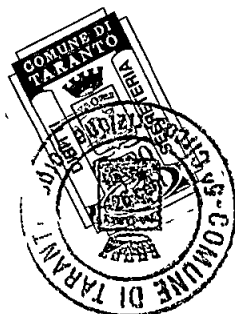
RISCOSSE 0.26 PER DIRITTI

TARANTO, li 29/09/2004

L'UFFICIALE DI ANAGRAFE

UFFICIALE DI ANAGRAFE
(Sig Cosimo STANTE)

ANASTANTE





COMUNE DI TARANTO

DIREZIONE DECENTRAMENTO
SERVIZIO CIRCOSCRIZIONALE «BORGO»
UFFICIO ANAGRAFE

CI

ANASTANTI

CERTIFICATO DI CITTADINANZA ITALIANA

Visti gli atti d'ufficio

si certifica che :

AUGENTI NICOLA

IF 212401

nato a TARANTO (TA)

il 19/01/1971

registrato a TARANTO (TA)

atto n. 33 P.I S.A TAMBURI

C.F. GNTNCL7111910491

CONIUGATO il 13/07/2004 con RENNA LUANA

TARANTO (TA) atto n. 40 P.II S.A TAMBURI

residente in questo Comune dalla nascita

abitante in VIA ROCCO LAZZERA, 43 P.I

E' CITTADINO ITALIANO

ESENTE DA BOLLO

Art. 9 tab.P D.P.R. n.642 del 26/10/1978

RISCOSSE 0.26 PER DIRITTI

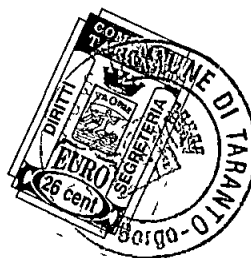
TARANTO li. 29/09/2004

L'UFFICIALE DI ANAGRAFE

DELEGATO
UFFICIALE D'ANAGRAFE

(Sig Cosimo STANTE)

ANASTANTE





**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA
U.O. di Taranto
PRESIDIO TESTA**

Tel 0997786270 -397 fax 0997786332

Prot n 428/jur/sip
del 10-11-2004

A-MAT s.p.a.	
Prot in arrivo n° 22225	
Del 15 NOV. 2004	
P	- PRESIDENTE
VP	- VICE PRESIDENTE
D	- DIRETTORE
SA	- SERVIZIO AMMINISTRATIVO
ST	- SERVIZIO TECNICO
UT	- UFFICIO CONTABILITA' E BILANCIO
UA	- UFFICIO AFFARI GENERALI
UI	- UFFICIO AFFARI LEGALI
UP	- UFFICIO AFFARI ECONOMICI
US	- UFFICIO AFFARI SOCIALI
UT	- UFFICIO AFFARI TRAFFICO
UR	- UFFICIO AFFARI RELAZIONI

Oggetto: Certificazione idoneità fisica e psico-attitudinale. Visita di ammissione

Sig. AUGENTI NICOLA

Si certifica che il Sig **AUGENTI NICOLA** nato a Taranto il 19 1 1971
e residente in Taranto Via Lazazzera n 43, sulla scorta degli accertamenti sanitari eseguiti ,
ai sensi e per gli effetti del Decreto Ministero Trasporti n°88 del 23 02 1999 e D M
n°19 del 15 01 2001, è risultato

Idoneo

per l'espletamento delle mansioni proprie della qualifica di autista addetto ai pubblici servizi di
trasporto

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
Del SISP U O Taranto
(Dr C Scarnèra)

CERTIFICATO DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE

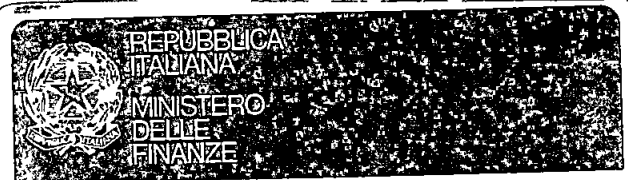
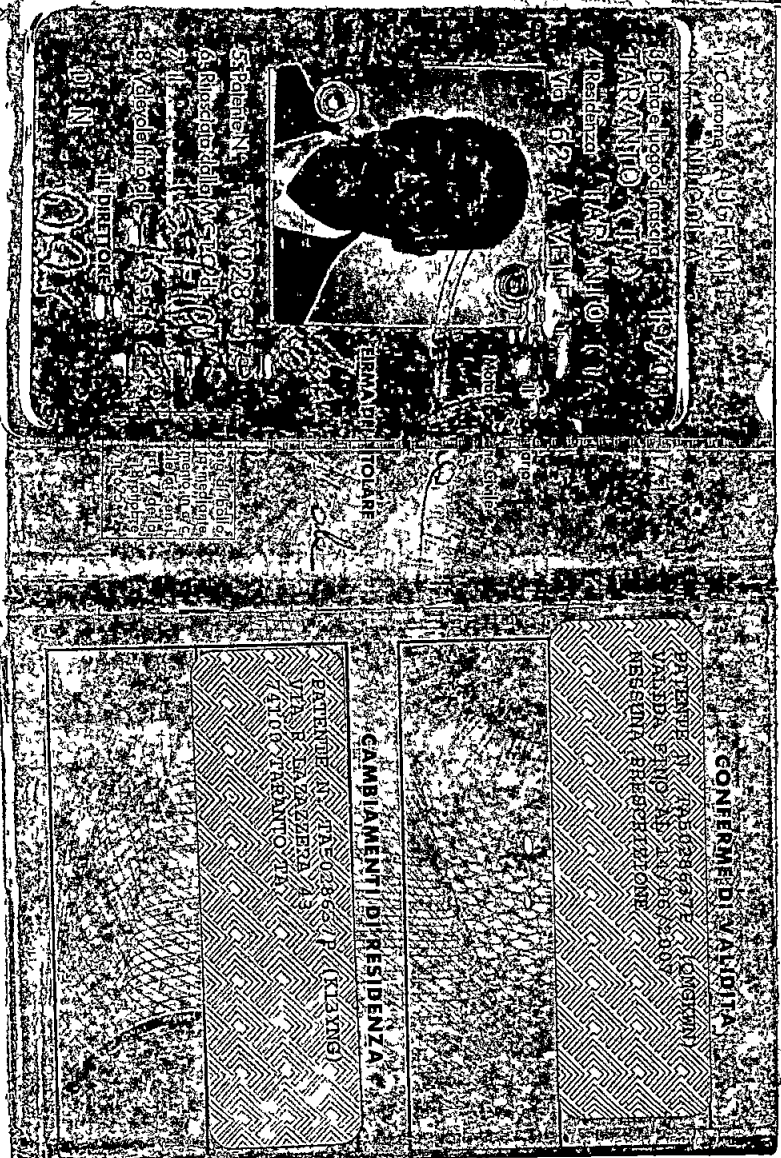
Tipo KD n° TA 8002007 del 09/12/1997
 Cognome AUGENTI
 Nome NICOLA
 Data e luogo di nascita 19/01/1971
 (TA) TARANTO
 IL PRESENTE CERTIFICATO SCADE IL 09/12/1999

Imposta di bollo assolta mediante versamento in c/c postale ai sensi dell'art. 7 della legge 18 ottobre 1978 n° 625

ISPIRETTORI

TIMBRO A SECCO

ESAME DEL 06/11/1997



CODICE FISCALE GNTNCL71A19L049T

COGNOME AUGENTI
 NOME N. COLA
 LUOGO DI NASCITA TARANTO
 PROVINCIA TA
 1986

SESSO M

DATA DI NASCITA 9/01/71
 Il Ministro delle Finanze

CERTIFICATO DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE

NOTE: il presente certificato è valido solo se accompagnato da adeguata patente nazionale di guida.

Tipologia	Descrizione
Tipologia KA	Motoriciclette di massa complessiva fino a 113. Un servizio di noleggio con conducente (per maggiore di anni 21)
Tipologia KB	Motoriciclette ed abitoletture in servizio di noleggio con conducente e/tan (per maggiore di anni 21)
Tipologia KC	Autoveicoli alla cui guida abilita la patente di categoria C di massa superiore a 7,5 t (per minore di anni 21)
Tipologia KD	Veicoli di cui al tipo KB, nonché a carico autobus, autotreni, autosnodati per trasporto di persone in servizio di linea, di noleggio con conducente, o per trasporto scolastico (per maggiore di anni 21)
Tipologia KE	Veicoli di cui al tipo KB, nonché mezzi adibiti ai servizi di emergenza (per maggiore di anni 21)

A 425803

REPUBBLICA ITALIANA

PROTEZIONE CIVILE

VIDIMAZIONI ANNUALI

CONCESSIONI DELLA PATENT

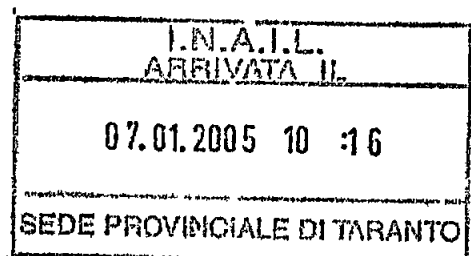
9815988

FIRMA DE NOTOLAR

AVVERTENZE

Prot n° 376 /UP

Taranto, li **07 GEN. 2005**



74100

SPETT LE I N A I L
Ufficio Datori di Lavoro
Via Salinella Zona Bestat
TARANTO

OGGETTO Denuncia nominativa degli assicurati ex D Leg vo n° 38/2000

Si invia, in allegato alla presente nota, il modello di denuncia di inizio del rapporto di lavoro con contratto a termine a tempo pieno degli agenti sottoelencati, con decorrenza 7 gennaio 2005 fino al 30 giugno 2005

1) RUSSO	Francesco	15) BANI	Angelo
2) LADIANA	Luigi	16) DI MONTE	Massimo
3) CARDONE	Antonio	17) GAGLIOLO	Sara
4) CLEMENTE	Luigi	18) ANTONACI	Antonio
5) TRIANNI	Raffaele	19) SCARCIA	Abele
6) GRECO	Orazio	20) VARESE	Alessandro
7) MARRA	Donato	21) FRANCO	Patrizia
8) PORTULANO	Pasquale	22) DE GIORGIO	Salvatore
9) DEL GIUDICE	Antonio	23) DE BARTOLOMEO	Pasquale
10) COLELLA	Giuseppe	24) RAMBALDI	Roberto
11) ROSA	Placido	25) NOTARISTEFANO	Cosimo
12) CARAMIA	Vittorio	26) TOMASELLI	Giovanni
13) AUGENTI	Nicola	27) LARDIERI	Gerardo
14) LO NOCE	Anna	28) DI PONZIO	Cosimo

Con l'occasione si porgono distinti saluti

IL PRESIDENTE
(Enzo MANCO)

COD FISC DITTA

00145330733

DENUNCIA NOMINATIVA DEGLI ASSICURATI - D Lgs. n° 38/2000

Posizione Assicurativa Ditta

T1021230 20

COD FISC LAVORATORE

NTRCSN79T29LOH4R

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

T1021230 20

COD FISC LAVORATORE

TRSGNN81T02LOH4X

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

T1021230 20

COD FISC LAVORATORE

LRDGRD82C2HLOH4P

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

T1021230 20

COD FISC LAVORATORE

DPNCSN82E23LOH40

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

COD FISC LAVORATORE

DATA INIZIO RISCHIO

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

COD FISC LAVORATORE

DATA INIZIO RISCHIO

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

COD FISC LAVORATORE

DATA INIZIO RISCHIO

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

COD FISC LAVORATORE

DATA INIZIO RISCHIO

DATA FINE RISCHIO

SEDE PROVINCIALE DI TARANTO

07.01.2005 10 :16

I.N.A.I.L.
ARRIVATA IL

DATA DI PRESENTAZIONE/SPEDIZIONE

(riservata INAIL)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

COD FISC DITTA

00146330733

DENUNCIA NOMINATIVA DEGLI ASSICURATI - D Lgs n° 38/2000

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

RSSFNCL56E20LO49D

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

LDNLGV56H2FL049J

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

CRANTN58R19D171A

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

CLLLGV59L03LO49U

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

TRNRFL60H20F531S

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

GRCLRZO62A13A028J

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

RRRANT62A05LO490

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

PRTPRL63E222103C

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

SEDE PROVINCIALE DI TARANTO

07.01.2005 10 :16

IN.A.I.L.
ARRIVATA IL

DATA DI PRESENTAZIONE/SPEDIZIONE

(riservata INAIL)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

Dy

COD FISC DITTA

00146330733

DENUNCIA NOMINATIVA DEGLI ASSICURATI - D Lgs. n° 38/2000

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

DLGNTN67703LOH9B

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

CLLGPP67703LOH9Y

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

RSOPC069505LOH9Q

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

CRPVTR69720LOH9D

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

GNFNCLF1A14LOH9T

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

LNCNNAF2TH1LOH9Z

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

BNANGLF3E01LOH9P

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

F1021230 20

COD FISC LAVORATORE

DHNHSH7H1L1H1LOH9R

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

SEDE PROVINCIALE DI TARANTO

07.01.2005 10:17

ARRIVATA IL

IN ALI

DATA DI PRESENTAZIONE/SPEDIZIONE
(RISERVATA INALI)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

COD FISC DITTA

00140330733

DENUNCIA NOMINATIVA DEGLI ASSICURATI - D Lgs. n° 38/2000

Posizione Assicurativa Ditta

71021230 20

COD FISC LAVORATORE

GGLSRAFF5A62BH28N

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

71021230 20

COD FISC LAVORATORE

NTNNTN75L24LOH9N

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

71021230 20

COD FISC LAVORATORE

SLRBLAT6504LOH4E

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

71021230 20

COD FISC LAVORATORE

VRSLSN76T03LOH4A

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

71021230 20

COD FISC LAVORATORE

FRNPRZ7FB4HLOH4Q

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

71021230 20

COD FISC LAVORATORE

DGRSVTF7S09LOH4G

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

71021230 20

COD FISC LAVORATORE

ABRPQLF8B21LOH4J

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

Posizione Assicurativa Ditta

71021230 20

COD FISC LAVORATORE

RIBIRRTF9A2HLOH4J

DATA INIZIO RISCHIO

07/01/2005

DATA FINE RISCHIO

DATA DI PRESENTAZIONE/SPEDIZIONE
(RISERVATA (MAIL))

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

SEDE PROVVISORIA DI TARANTO

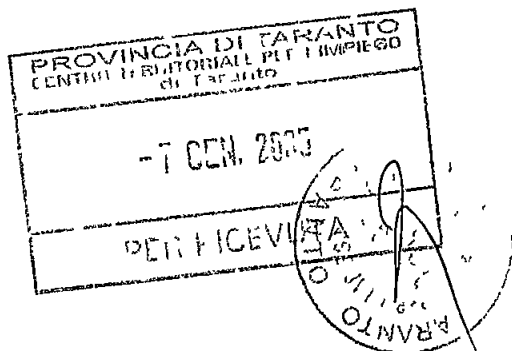
07.01.2005 10:17

IN ATTESA
ARRIVATA IL

Prot n° 375 UP

Taranto, li

07 GEN. 2005



Spett.le
Centro Territoriale per
L'Impiego di Taranto
Via Salento, 3
74100 TARANTO

OGGETTO Comunicazione

Si inviano in allegato alla presente n. 28 (ventotto) modelli C/ASS relativi agli agenti sottoindicati, assunti con contratto a termine a tempo pieno dal 07/01/2005 al 30/06/2005

1) RUSSO	Francesco	15) BANI	Angelo
2) LADIANA	Luigi	16) DI MONTE	Massimo
3) CARDONE	Antonio	17) GAGLIOLO	Sara
4) CLEMENTE	Luigi	18) ANTONACI	Antonio
5) TRIANNI	Raffaele	19) SCARCIA	Abele
6) GRECO	Orazio	20) VARESE	Alessandro
7) MARRA	Donato	21) FRANCO	Patrizia
8) PORTULANO	Pasquale	22) DE GIORGIO	Salvatore
9) DEL GIUDICE	Antonio	23) DE BARTOLOMEO	Pasquale
10) COLELLA	Giuseppe	24) RAMBALDI	Roberto
11) ROSA	Placido	25) NOTARISTEFANO	Cosimo
12) CARAMIA	Vittorio	26) TOMASELLI	Giovanni
13) AUGENTI	Nicola	27) LARDIERI	Gerardo
14) LO NOCE	Anna	28) DI PONZIO	Cosimo

Distinti saluti

IL PRESIDENTE
(Enzo MANCO)



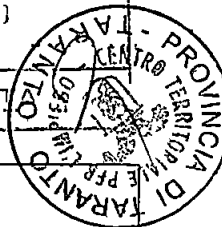
Alla sezione circoscrizionale per l'impiego (SCI) di
Comunicazione di assunzione effettuata in data

TARANTO

- 7 GEN. 2005

7 GENNAIO 2005

PER RICEVIRE



DATORE DI LAVORO A.M.A.T. S.p.A.

codice Istat (Ateco 91)

☐

C F

00146330733

sede legale in TARANTO

via CESARE BATTISTI N. 657

tel 099/7356211 fax 099/7794247 luogo di svolgimento del lavoro TARANTO

via CESARE BATTISTI N. 657

tel C.S.

fax C.S.

LAVORATORE

cognome AUGENTI

nome NICOLA

C F GNTNCL71019LOHQT sesso ☒ F

nato a TARANTO

il 19-1-1971 residente in TARANTO

via ROCCO LAZZARERA 1° 43/A

cittadinanza ITALIANA

titolo di studio LICENZA MEDIA

iscritto nelle liste di collocamento

o di mobilità della SCI di TARANTO

dal

iscritto nel libro di matricola al numero d'ordine (1) 1581

Tipologia contrattuale

DAL 07/01/2005

tempo indeterminato ☐ tempo determinato ☒ durata 30 GIUGNO 2005apprendistato (2) ☐ contratto formaz lavoro (2) ☐ lav domicilio (2) ☐tempo parziale ☐

orario medio settimanale (3) 39 ORE

Qualifica di assunzione OPER. D'ESERCIZIO CCNL applicato AUTO FERROTRANVIERI livello PARAMETRO

ovvero trattamento economico normativo convenuto (4) ☐

140

Per la richiesta di agevolazioni previste per l'assunzione va compilato, tranne che per i contratti di apprendistato e di formazione lavoro, il modello C/ASS/AG

(1) In caso di assunzione di apprendisti da parte di imprese artigiane, la comunicazione alla SCI del numero d'ordine di iscrizione nel libro di matricola, sarà effettuata nel medesimo giorno di effettiva adibizione al lavoro dell'apprendista (v art 9 D P R 30 12 1956 n 1668),

(2) Riempire il relativo quadro sul retro;

(3) L'orario medio settimanale si ottiene dividendo l'orario annuale per 52,

(4) La casella va barrata solo se il datore di lavoro non applica il CCNL in tal caso va riempito il quadro D sul retro, salvo che l'assunzione riguardi un dirigente

A) Apprendistato

autorizzazione ispettorato del lavoro di

del

visita medica del (5)

titolo di studio

durata del rapporto

B) Contratto di formazione e lavoro

☐ tipo a 1 (professionalità intermedia)

durata mesi

☐ tipo a 2 (professionalità elevate)

durata mesi

☐ tipo b (inserimento professionale)

durata mesi

livello di inquadramento

iniziale

finale

autorizzazione Ministero del Lavoro n

del

approvazione Commissione regionale per l'impiego n

del

accordo collettivo o progetto tipo di riferimento

dichiarazione di conformità del

☐ Nei 24 mesi precedenti sono stati trasformati a tempo indeterminato non meno del 60% dei cfl venuti a scadenza nel medesimo periodo

☐ Si dichiara altresì, che non vi sono sospensioni dal lavoro in atto, né, nei 12 mesi precedenti, sono avvenute riduzioni di personale con la medesima qualifica

C) Lavoro a domicilio

iscrizione registro committenti n

del

tipo di lavorazione

tariffa applicata

D) Trattamento economico e normativo convenuto

retribuzione mensile

ore di lavoro settimanale n ore

ferie retribuite n giorni

preavviso di licenziamento n giorni

E) Computabilità ai fini della riserva a favore delle fasce deboli (art 25 lg 23 7 1991 n 223 e successive modificazioni)

☐ SI ☐ NO motivi

Allegati ☐ ☐ attestato di disoccupazione (mod C/1)

☐ copia permesso di soggiorno

☐ altro

data

07 GEN. 2005

timbro e firma

Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto SpA
IL PRESIDENTE
(ENZO MANCO)

(5) In caso di assunzione di apprendisti da parte di imprese artigiane, gli estremi della visita medica saranno comunicati alla SCI nel medesimo giorno di effettiva adibizione al lavoro dell'apprendista

SPETT LE
A M A T. S P A.
S E D E

OGGETTO Legge n. 675/1996 Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali

La legge in oggetto garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei limiti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza ed alla identità personale e richiede, tra l'altro, il consenso scritto degli interessati per la comunicazione e per la diffusione di dati personali, ai sensi dell'art. 20, nonché per il trattamento di quelli individuali all'art. 22

Pertanto il sottoscritto Augenti Nicola

Matricola n° _____

In servizio, alle dipendenze dell'azienda A. M. A. T. S.p.A.

Esprime il proprio consenso al trattamento, nelle forme e nei limiti consentiti dalle norme vigenti, dei dati personali di cui all'art. 22 della legge 675/96 relativi alle seguenti fattispecie

- iscrizioni alle OO SS
- assenze dal servizio per lo svolgimento di attività sindacali
- partecipazioni ad elezioni per la costituzione di organismi rappresentativi dei lavoratori
- assenze dal servizio per lo svolgimento di attività connesse a cariche pubbliche ed elettive
- accertamenti sanitari effettuati a norma di legge o di contratto
- carichi pendenti (a fini contrattualmente previsti)

Esprime, inoltre, il proprio consenso alla comunicazione ed alla diffusione dei dati personali nei casi previsti dalla normativa comunitaria

In fede
Augenti Nicola

PROVINCIA DI TARANTO

Centro Territoriale per l'Impiego di Taranto

Via R Carrieri, 3/A - Tel 0997350745 - Fax 0997325653

Il/la Sig /Sig ra AUGENTI NICOLA, nato/a a TARANTO-TA il
19-01-1971, si è presentato presso quest'Ufficio in data odierna
per l'adempimento di cui all'art 2 comma 1 D Lgs 181/2000, mo-
dificato dal D Lgs 297/2002

Iscrizione DLGS 181/2000 DISOCCUPATO dal 21-12-2000

Iscrizione ex liste ordinarie: dal

13/05/92

Taranto, lì 18-10-2004



EL RESPONSABILE DEL CTI
(Dott. Saverio CREAZZO)

Prot n° **20950**UP

Taranto, li **26 OTT 2005**

Al Sig
Augusti Nicola
Via Rocco Laterza, 43
74100 Taranto

RACCOMANDATA

OGGETTO: Risoluzione immediata contratto di lavoro a termine

- Vista la nota del nota del 29/06/2005, prot az n° 14128/UP, da lei espressamente sottoscritta per accettazione, con cui il contratto a termine in corso è stato prorogato fino al 30/11/2005, con possibilità di risoluzione anticipata rispetto al predetto termine, ad ogni effetto contrattuale e di legge, qualora le operazioni per le future assunzioni si fossero concluse antecedentemente rispetto al termine sopra indicato,
 - atteso che lei ha partecipato alla predetta selezione, collocandosi utilmente nella graduatoria approvata dal CdA di questa Azienda con deliberazione n° 14/2005;
 - considerato altresì che, concluse le operazioni concorsuali, questa Azienda, onde procedere alla copertura della vacanza organica, ha espletato nei suoi confronti tutte le formalità necessarie per procedere alla sua assunzione con contratto di lavoro a tempo indeterminato di tipo part time,
 - che, tra le formalità espletate, vi è quella dell'accertamento della sua idoneità psico-fisica-attitudinale ex D M 88/99 presso l'Ispettorato Compartimentale delle FF.SS. di Bari, quale condizione essenziale per dar seguito all'assunzione,
 - rilevato che, con referto trasmesso dei sanitari del predetto Ispettorato, Lei è stato giudicato "non idoneo" allo svolgimento delle mansioni di operatore d'esercizio e che, pertanto, non può espletare le mansioni di guida, quali mansioni contrattuali tipiche del profilo professionale di operatore d'esercizio;
 - considerato, altresì, che si è comunque verificato, per relationem, il termine di scadenza del contratto a termine sopra citato
- tanto premesso

si comunica che il contratto di lavoro a termine, con lei sottoscritto il 05/01/2005, si intende risolto con decorrenza immediata

Il Presidente
(Enzo Manco)



Avviso di ricevimento



Raccomandata



Pacco



Assicurata

Euro _____

12796552186 6

Numero

Data di spedizione _____ Dall'ufficio postale di _____

Destinatario Sec. AGENTI. MIOCAVia R. LAZZERA n. 43/1CAP 14100 Località PARANO

22/10/68

Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

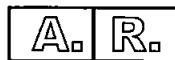
Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio
di distribuzione

Consegna effettuata ai sensi dell'art. 33 D.M. 09/04/01

- Invi multipli a un unico destinatario
- Sottoscrizione rifiutata

Posteitaliane



Avviso di ricevimento

Mod 23 I/O Cod W8401E L3

Da ricevere



AMAT s.p.a.
Via C.Battisti 657
74100 Taranto

Località

Provincia

C C l i n _____



Azienda Unità Sanitaria Locale LE/1
Presidio Ospedaliero N° 1 - Stabilimento "VITO FAZZI"

LECCE
Direzione Sanitaria

SI CERTIFICA

che il Sig. Augusti Dore e stato

ricoverato nell' U O Oriole di questa Az Osp

il 14-10-05

dimesso il 27-10-05

tuttora degente ☒

Si rilascia in carta libera a richiesta dell'interessato per gli usi consentiti
dalla legge

Lecce, li 27-10-05

LA SEGRETERIA

Mod 3

28 OTT. 2005 n 1235



Luca Sili

ATTESTATO DI MALATTIA
(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A R
a cura del lavoratore al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio

PER IL DATORE DI LAVORO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N 2010590533

RISERVATO AL MEDICO

AGENTI NicosA

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSE CLINICA A TUTTO IL
GIORNO MESE ANNO

2.2/1.1/0.5

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DA
GIORNO MESE ANNO

2.8 / 1.0 / 0.5

TURN
☐

DATA RILASCIO CERTIFICATO

GIORNO MESE ANNO
28/10/05

INIZIO	CONTINUAZIONE	RICADUTA
☐	- ☐	☒

DR. VINCENZO BENEFICO

Medicina Generale

ASL TAV 5 2381-3

VIA Madonna Greca, 39 74100 TARANTO

tel 000-7796021 : 091 930:9378036

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

28 OTT. 2005 n. 14,30

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITA DURANTE LA MALATTIA
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

NOMINATIVO INDICATO
PRESSO L'ABITAZIONE
(se diverso dal proprio)

INDIRIZZO
(v a piazza
frazione ecc)

VIA ROCCO LAZZAZZERA

431

- CAP 74,800

COMUNE TARANTO

PROV

DATI ANAGRAFICI (DA COMPIRE SEMPRE)

CODICE FISCALE

G.N.T.N.C 671.A.19.0.4.9.1

SESSO ☒ M ☐ F

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

NOME

AUGENT

Nicola

DATA NASCITA

1.9 0.1 7
GIGANO MESE ANNO

COMUNE
NASCITA
O STATO
ESTERO

T.A.R.A.N.T.O.

PROV

QUADRO A

ATI STEP SpA TPG POST ITALIA SpA PMS srl c 30 000 000, 1/2005

AVVERTENZE

Il presente certificato è utilizzabile solo per aventi diritto alle indennità economiche di malattia a carico dell'INPS e cioè, in linea di massima, tutti i dipendenti del **settore privato**, esclusi gli impiegati dell'industria, gli addetti ai servizi domestici, i dipendenti del settore del credito, dell'assicurazione e dei servizi tributari appaltati, nonché altre 'categorie particolari'. Alcuni settori professionali sono indicati nel **QUADRO C** esclusivamente per individuare non aventi diritto alle indennità, che per errore abbiano trasmesso all'INPS il certificato.

Al lavoratore che non indichi il proprio esatto recapito durante la malattia non può essere corrisposta l'indennità di malattia fino a quando le omissioni, le incompletezze o le inesattezze non siano state sanate. La stessa conseguenza si verifica nel caso in cui il lavoratore non abbia segnalato al datore di lavoro le variazioni dell'indirizzo a suo tempo comunicatogli. La presentazione o l'invio del certificato e dell'attestato oltre i due giorni previsti comporta la perdita dell'indennità di malattia per i giorni di ritardo. L'assenza ingiustificata e la mancata presentazione ai controlli sanitari comportano la perdita dell'indennità, variabile a seconda del numero delle assenze.

TURNO

Segnalare al medico la propria condizione di «turnista» solo nel caso in cui la data dichiarata di inizio di malattia coincida con quella del particolare «turno» assegnato al lavoratore.

CONTINUAZIONE DI MALATTIA

Se la malattia continua dopo la scadenza della prognosi indicata sul certificato, la nuova certificazione del medico curante deve essere rilasciata non oltre il giornosuccessivo alla scadenza del precedente certificato.

FASCE ORARIE DI REPERIBILITÀ

Il lavoratore ammalato deve, per legge, restare a disposizione per eventuali controlli sanitari domiciliari tutti i giorni compresi i festivi dalle ore 10 alle 12 e dalle ore 17 alle 19. Ciò anche se sia già avvenuto un controllo da parte dell'INPS o della USL e anche se il medico curante abbia dato diversa indicazione.

I dati di reperibilità e anagrafici, scritti sul certificato, sono trasferiti a ricalco sull'attestato di malattia, realizzato con carta autocopiante. Si raccomanda pertanto la perfetta sovrapposizione dei due fogli nel compilare la prima facciata del certificato e la loro separazione prima della compilazione della seconda.

SPEDIZIONE E CONSEGNA

Il certificato e l'attestato vanno consegnati o trasmessi con raccomandata con ricevuta di ritorno rispettivamente all'INPS competente per residenza (luogo di abituale dimora) del lavoratore stesso e al datore di lavoro entro due giorni dal rilascio.

FIRMA DEL CERTIFICATO

La firma delle dichiarazioni rese sul modulo vale anche per il consenso o meno ai sensi della Legge 675/96 art 10 per il trattamento e comunicazione a soggetti che gestiscono servizi informatici di postalizzazione e di archiviazione dei dati relativi alla presente malattia ai fini della liquidazione e gestione della pratica. Si fa comunque rilevare che il mancato consenso, cioè se viene sbarrata la casella **NON AUTORIZZO**, potrebbe comportare difficoltà o impossibilità di erogazione dell'indennità di malattia.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Il modulo è predisposto per la lettura automatica, per cui è necessario:

- Usare penna biro con inchiostro nero o blu
- Per la spedizione all'INPS piegare una sola volta il certificato
- Scrivere in carattere stampatello maiuscolo
- Utilizzare una casella per ogni carattere, evitando di invaderne i bordi
- Evitare correzioni o cancellature e non ripassare caratteri già scritti
- Non utilizzare apostrofi, accenti, barre, trattini, virgole

L'esempio «Sì» indica una compilazione corretta, l'esempio «No» indica una compilazione da evitare.

INDIRIZZO		NUMERO CIVICO		LAVORATORE STAGIONALE	
Sì	V I A F . D E S A N C T I S	1 0 3 / B	☐ oppure ☒	Sì	
INDIRIZZO		NUMERO CIVICO		LAVORATORE STAGIONALE	
No	V I A F . D E S A N C T I S	1 0 3 / B	☐ oppure ☒	No	

NB Per tutti gli indirizzi specificare se trattasi di «via», «piazza», «vicolo» ecc. e aggiungere l'eventuale frazione, borgo, contrada ecc.

QUADRO A

Reperibilità durante la malattia. Da compilare solo nel caso in cui:

- il lavoratore abbia un temporaneo recapito diverso dal proprio domicilio
- occorra precisare il nominativo differente dal proprio riportato sul campanello, citofono, ecc. dell'abitazione
- occorranza ulteriori elementi per identificare l'abitazione (per mancanza ad esempio di numero civico ecc.),
- il cambiamento dell'indirizzo abituale non sia stato ancora comunicato al datore di lavoro.

Dati anagrafici e residenza - Da compilare sempre.

QUADRO B Da compilare sempre a cura del lavoratore.

QUADRO C Da compilare sempre e sottoscrivere.

Per consentire il corretto pagamento dell'indennità di malattia contrassegnare le caselle del settore e della qualifica di appartenenza.

Per le Categorie Particolari barrare la casella se trattasi di:

Apprendisti, Lav. domestici, Viaggiatori e Piazzisti, Portieri, Dipendenti da partiti politici e associazioni sindacali, Dipendenti Pubblica Amministrazione.

Contrassegnare anche la casella della categoria in caso di richiesta di pagamento diretto a cura dell'INPS.

Compilare altresì l'ultima parte del quadro nel caso in cui lo stato di malattia sia stato causato da terzi (incidente stradale ecc.) o da infortunio sul lavoro o malattia professionale.

Da recapitare o trasmettere con **raccomandata A R**

a cura del lavoratore al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio

N^o 2010590656

RISERVATO AL MEDICO

AUGENTI NICOLA
COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSE CLINICA A TUTTO IL

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL
GIORNO MESE ANNO

TURN0

30/01/06

1.5 / 0.1 / 0.6

DATA RILASCIO CERTIFICATO
GIORNO MESE ANNO

INIZIO

CONTINUAZIONE

RICADUTA

14 / 91 / 96

Dr. VINCENZO BENEFICO

Medicina Generale

ASL TA/1 5-23313

Viale Magna Grecia, 39 - 74100 TARANTO

Tel: 099-7796827 - Cel: 338-6376038

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

14 GEN. 2006 h 18.00
DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

RISERVATO AL LAVORATORE**REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA**
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

**NOMINATIVO INDICATO
PRESSO L'ABITAZIONE
(se diverso dal proprio)**

INDIRIZZO
(v a piazza
 , frazione ecc)

C A P

COMUNE

PROV

DATI ANAGRAFICI (DA COMPIRE SEMPRE)

CODICE FISCALE

ENTNELE 1A 19C 049T

-SESSO
M-F

PM

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

NOME

AUGUST 1

N i e o l a

DATA NASCITA'

COMUNE
NASCITA
O STATO
ESTERO

TARANTO

PROV

7A	
----	--

AVVERTENZE

Il presente certificato è utilizzabile solo per aventi diritto alle indennità economiche di malattia a carico dell'INPS e cioè, in linea di massima, tutti i dipendenti del **settore privato**, esclusi gli impiegati dell'industria, gli addetti ai servizi domestici, i dipendenti del settore del credito, dell'assicurazione e dei servizi tributari appaltati, nonché altre "categorie particolari". Alcuni settori professionali sono indicati nel "QUADRO C" esclusivamente per individuare non aventi diritto alle indennità che per errore abbiano trasmesso all'INPS il certificato

Al lavoratore che non indichi il proprio esatto recapito durante la malattia non può essere corrisposta l'indennità di malattia fino a quando le omissioni, le incompletezze o le inesattezze non siano state sanate. La stessa conseguenza si verifica nel caso in cui il lavoratore non abbia segnalato al datore di lavoro le variazioni dell'indirizzo a suo tempo comunicatogli. La presentazione o l'invio del certificato e dell'attestato oltre i due giorni previsti comporta la perdita dell'indennità di malattia per i giorni di ritardo. L'assenza ingiustificata e la mancata presentazione ai controlli sanitari comportano la perdita dell'indennità, variabile a seconda del numero delle assenze.

TURNO

Segnalare al medico la propria condizione di «turnista» solo nel caso in cui la data dichiarata di inizio di malattia coincida con quella del particolare «turno» assegnato al lavoratore.

CONTINUAZIONE DI MALATTIA

Se la malattia continua dopo la scadenza della prognosi indicata sul certificato, la nuova certificazione del medico curante deve essere rilasciata non oltre il giornosuccessivo alla scadenza del precedente certificato.

FASCE ORARIE DI REPERIBILITÀ

Il lavoratore ammalato deve, per legge, restare a disposizione per eventuali controlli sanitari domiciliari tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 10 alle 12 e dalle ore 17 alle 19. Ciò anche se sia già avvenuto un controllo da parte dell'INPS o della USL e anche se il medico curante abbia dato diversa indicazione.

I dati di reperibilità e anagrafici, scritti sul certificato, sono trasferiti a ricalco sull'attestato di malattia, realizzato con carta autocopiante. Si raccomanda pertanto la perfetta sovrapposizione dei due fogli nel compilare la prima facciata del certificato e la loro separazione prima della compilazione della seconda.

SPEDIZIONE E CONSEGNA

Il certificato e l'attestato vanno consegnati o trasmessi con raccomandata con ricevuta di ritorno, rispettivamente all'INPS competente per residenza (luogo di abituale dimora) del lavoratore stesso e al datore di lavoro entro due giorni dal rilascio.

FIRMA DEL CERTIFICATO

La firma, delle dichiarazioni rese sul modulo, vale anche per il consenso o meno ai sensi della Legge 675/96 art 10 per il trattamento e comunicazione a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione dei dati relativi alla presente malattia ai fini della liquidazione e gestione della pratica. Si fa comunque rilevare che il mancato consenso, cioè se viene sbarrata la casella **NON AUTORIZZO**, potrebbe comportare difficoltà o impossibilità di erogazione dell'indennità di malattia.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Il modulo è predisposto per la lettura automatica, per cui è necessario:

- Usare penna biro con inchiostro nero o blu
- Per la spedizione all'INPS piegare una sola volta il certificato
- Scrivere in carattere stampatello maiuscolo
- Utilizzare una casella per ogni carattere, evitando di invadere i bordi
- Evitare correzioni o cancellature e non ripassare caratteri già scritti
- Non utilizzare apostrofi, accenti, barre trattini, virgole

L'esempio «Sì» indica una compilazione corretta, l'esempio «No» indica una compilazione da evitare.

INDIRIZZO Sì V I A F . D E S A N C T I S INDIRIZZO No V I A F . D E S A N C T I S	NUMERO CIVICO 1 0 3 / B NUMERO CIVICO 1 0 3 / B	LAVORATORE STAGIONALE ☒ oppure ☐ Sì LAVORATORE STAGIONALE ☐ ☒ No
--	--	--

NB Per tutti gli indirizzi specificare se trattasi di «via», «piazza», «vicolo», ecc. e aggiungere l'eventuale frazione, borgo, contrada, ecc.

QUADRO A

Reperibilità durante la malattia Da compilare solo nel caso in cui:

- il lavoratore abbia un temporaneo recapito, diverso dal proprio domicilio
- occorra precisare il nominativo differente dal proprio riportato sul campanello citofono, ecc. dell'abitazione
- occorranza ulteriori elementi per identificare l'abitazione (per mancanza, ad esempio, di numero civico, ecc.)
- il cambiamento dell'indirizzo abituale non sia stato ancora comunicato al datore di lavoro.

Dati anagrafici e residenza Da compilare sempre.

QUADRO B - Da compilare sempre a cura del lavoratore.

QUADRO C - Da compilare sempre e sottoscrivere.

Per consentire il corretto pagamento dell'indennità di malattia contrassegnare le caselle del settore e della qualifica di appartenenza.

Per le Categorie Particolari barrare la casella se trattasi di:

Apprendisti, Lav. domestici, Viaggiatori e Piazzisti, Portieri, Dipendenti da partiti politici e associazioni sindacali, Dipendenti Pubblica Amministrazione.

Contrassegnare anche la casella della categoria in caso di richiesta di pagamento diretto a cura dell'INPS.

Compilare altresì l'ultima parte del quadro nel caso in cui lo stato di malattia sia stato causato da terzi (incidente stradale, ecc.) o da infortunio sul lavoro o malattia professionale.

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A R
a cura del lavoratore al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio

PER IL DATORE DI LAVORO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N^o 2010590608

15

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL
GIORNO MESE 1° ANNO

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL
GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____

TURNING

DATA RILASCIO CERTIFICATO
GIORNO MESE ANNO

INIZIO	CONTINUAZIONE	RICADUTA
--------	---------------	----------

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

20 DEC. 2005

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

**NOMINATIVO INDICATO
PRESSO L'ABITAZIONE
(se diverso dal proprio)**

INDIRIZZO
(via, piazza,
frazione ecc.)

CAF

COMLINE

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE)

CODICE FISCALE

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

NOME

DATA NASCITA

COMUNE
NASCITA
O STATO
ESTERO

SESSO M o F

PROV

AVVERTENZE

Il presente certificato è utilizzabile solo per aventi diritto alle indennità economiche di malattia a carico dell'INPS e cioè, in linea di massima, tutti i dipendenti del settore privato, esclusi gli impiegati dell'industria, gli addetti ai servizi domestici i dipendenti del settore del credito, dell'assicurazione e dei servizi tributari appaltati, nonché altre "categorie particolari". Alcuni settori professionali sono indicati nel "QUADRO C" esclusivamente per individuare non aventi diritto alle indennità che per errore abbiano trasmesso all'INPS il certificato

Al lavoratore che non indichi il proprio esatto recapito durante la malattia non può essere corrisposta l'indennità di malattia fino a quando le omissioni, le incompletezze o le inesattezze non siano state sanate. La stessa conseguenza si verifica nel caso in cui il lavoratore non abbia segnalato al datore di lavoro le variazioni dell'indirizzo a suo tempo comunicatogli. La presentazione o l'invio del certificato e dell'attestato oltre i due giorni previsti comporta la perdita dell'indennità di malattia per i giorni di ritardo. L'assenza ingiustificata e la mancata presentazione ai controlli sanitari comportano la perdita dell'indennità, variabile a seconda del numero delle assenze.

TURNO

Segnalare al medico la propria condizione di «turnista» solo nel caso in cui la data dichiarata di inizio di malattia coincida con quella del particolare «turno» assegnato al lavoratore.

CONTINUAZIONE DI MALATTIA

Se la malattia continua dopo la scadenza della prognosi indicata sul certificato la nuova certificazione del medico «curante» deve essere rilasciata non oltre il giornosuccessivo alla scadenza del precedente certificato.

FASCE ORARIE DI REPERIBILITÀ

Il lavoratore ammalato deve per legge restare a disposizione per eventuali controlli sanitari domiciliari tutti i giorni compresi i festivi dalle ore 10 alle 12 e dalle ore 17 alle 19. Ciò anche se sia già avvenuto un controllo da parte dell'INPS o della USL e anche se il medico curante abbia dato diversa indicazione.

I dati di reperibilità e anagrafici, scritti sul certificato, sono trasferiti a ricalco sull'attestato di malattia, realizzato con carta autocopiante. Si raccomanda pertanto la perfetta sovrapposizione dei due fogli nel compilare la prima facciata del certificato e la loro separazione prima della compilazione della seconda.

SPEDIZIONE E CONSEGNA

Il certificato e l'attestato vanno consegnati o trasmessi con raccomandata con ricevuta di ritorno rispettivamente all'INPS competente per residenza (luogo di abituale dimora) del lavoratore stesso e al datore di lavoro entro due giorni dal rilascio.

FIRMA DEL CERTIFICATO

La firma, delle dichiarazioni rese sul modulo vale anche per il consenso o meno, ai sensi della Legge 675/96 art 10 per il trattamento e comunicazione a soggetti che gestiscono servizi informatici di postalizzazione e di archiviazione dei dati relativi alla presente malattia ai fini della liquidazione e gestione della pratica. Si fa comunque rilevare che il mancato consenso cioè se viene sbarrata la casella **NON AUTORIZZO**, potrebbe comportare difficoltà o impossibilità di erogazione dell'indennità di malattia.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Il modulo è predisposto per la lettura automatica, per cui è necessario:

- Usare penna biro con inchiostro nero o blu
- Per la spedizione all'INPS piegare una sola volta il certificato
- Scrivere in carattere stampatello maiuscolo
- Utilizzare una casella per ogni carattere, evitando di invaderne i bordi
- Evitare correzioni o cancellature e non ripassare caratteri già scritti
- Non utilizzare apostrofi, accenti, barre, trattini, virgole

L'esempio «Sì» indica una compilazione corretta, l'esempio «No» indica una compilazione da evitare.

INDIRIZZO Sì VIA.F.DESANCTIS	NUMERO CIVICO 103 / B
INDIRIZZO No VIA.F.DESAN<span 1px="" 2px;"="" black;="" border:="" padding:="" solid="" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background: repeating-linear-gradient(45deg, transparent, transparent 2px, black 2px, black 4px);CTIS	NUMERO CIVICO 103 / B

LAVORATORE
STAGIONALE

☒ oppure ☐

Sì

LAVORATORE
STAGIONALE

☐

No

NB Per tutti gli indirizzi specificare se trattasi di "via", piazza "vicolo" ecc e aggiungere l'eventuale "frazione", "borgo", "contrada", ecc.

QUADRO A

Reperibilità durante la malattia Da compilare solo nel caso in cui:

- il lavoratore abbia un temporaneo recapito diverso dal proprio domicilio
- occorra precisare il nominativo differente dal proprio riportato sul campanello citofono ecc dell'abitazione,
- occorranza ulteriori elementi per identificare l'abitazione (per mancanza ad esempio di numero civico ecc)
- il cambiamento dell'indirizzo abituale non sia stato ancora comunicato al datore di lavoro

Dati anagrafici e residenza - Da compilare sempre

QUADRO B Da compilare sempre a cura del lavoratore

QUADRO C - Da compilare sempre e sottoscrivere

Per consentire il corretto pagamento dell'indennità di malattia contrassegnare le caselle del settore e della qualifica di appartenenza.

Per le Categorie Particolari barrare la casella se trattasi di:

Apprendisti Lav. domestici, Viaggiatori e Piazzisti Portieri Dipendenti da partiti politici e associazioni sindacali Dipendenti Pubblica Amministrazione

Contrassegnare anche la casella della categoria in caso di richiesta di pagamento diretto a cura dell'INPS.

Compilare altresì l'ultima parte del quadro nel caso in cui lo stato di malattia sia stato causato da terzi (incidente stradale ecc) o da infortunio sul lavoro o malattia professionale.

ATTESTATO DI MALATTIA
(art 2 D L 663/1979 e art 15 L 155/1981)

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A R
a cura del lavoratore al **datore di lavoro**, entro due giorni dal rilascio

PER IL DATORE DI LAVORO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N^o 2010590561

11

RISERVATO AL MEDICO

AUGENTI NICOLA
COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL
GIORNO MESE ANNO

20	12	05
----	----	----

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL
GIORNO MESE ANNO

3.0	1.1	0.5
-----	-----	-----

TURNING

DATA RILASCIO CERTIFICATO
GIORNO MESE ANNO

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT
30	11	05

INIZIO	CONTINUAZIONE	RICADUTA
☐	☒	☐

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

29 NOV. 2005

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

h 19,45

RISERVATO AL LAVORATORE**REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA**
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

INDIRIZZO
(via piazza
frazione ecc.)

INDIRIZZO VIA ROCCO LAZZARA
(via piazza
razione ecc.)

CAF

7.22.00

COMUNE

TARANTO

PROV

Concentration of inhibitor	Rate of polymerization
0.0	1.0
0.1	0.9
0.2	0.8
0.3	0.7
0.4	0.65
0.5	0.6
0.6	0.55
0.7	0.52
0.8	0.51
0.9	0.505
1.0	0.5

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE)

CODICE FISCALE

C.N.T.N.C.L.F.A.A-9.20.1.9T

SESSO



COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

NOME

AGENT.

N. I. G. O. / A

DATA NASCITA

1.9 0.1

COMUNE
NASCITA
O STATO
ESTERO

TARANTO

PROV

AVVERTENZE

Il presente certificato è utilizzabile solo per aventi diritto alle indennità economiche di malattia a carico dell'INPS e cioè, in linea di massima, tutti i dipendenti del settore privato, esclusi gli impiegati dell'industria, gli addetti ai servizi domestici, i dipendenti del settore del credito, dell'assicurazione e dei servizi tributari appaltati, nonché altre "categorie particolari". Alcuni settori professionali sono indicati nel "QUADRO C" esclusivamente per individuare non aventi diritto alle indennità, che per errore abbiano trasmesso all'INPS il certificato.

Al lavoratore che non indichi il proprio esatto recapito durante la malattia non può essere corrisposta l'indennità di malattia fino a quando le omissioni, le incompletezze o le inesattezze non siano state sanate. La stessa conseguenza si verifica nel caso in cui il lavoratore non abbia segnalato al datore di lavoro le variazioni dell'indirizzo a suo tempo comunicatogli. La presentazione o l'invio del certificato e dell'attestato oltre i due giorni previsti comporta la perdita dell'indennità di malattia per i giorni di ritardo. L'assenza ingiustificata e la mancata presentazione ai controlli sanitari comportano la perdita dell'indennità, variabile a seconda del numero delle assenze.

TURNO

Segnalare al medico la propria condizione di «turnista» solo nel caso in cui la data dichiarata di inizio di malattia coincida con quella del particolare «turno» assegnato al lavoratore.

CONTINUAZIONE DI MALATTIA

Se la malattia continua dopo la scadenza della prognosi indicata sul certificato, la nuova certificazione del medico curante deve essere rilasciata non oltre il giornosuccessivo alla scadenza del precedente certificato.

FASCE ORARIE DI REPERIBILITÀ

Il lavoratore ammalato deve, per legge, restare a disposizione per eventuali controlli sanitari domiciliari tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 10 alle 12 e dalle ore 17 alle 19. Ciò anche se sia già avvenuto un controllo da parte dell'INPS o della USL e anche se il medico curante abbia dato diversa indicazione.

I dati di reperibilità e anagrafici, scritti sul certificato, sono trasferiti a ricalco sull'attestato di malattia, realizzato con carta autocopiante. Si raccomanda pertanto la perfetta sovrapposizione dei due fogli nel compilare la prima facciata del certificato e la loro separazione prima della compilazione della seconda.

SPEDIZIONE E CONSEGNA

Il certificato e l'attestato vanno consegnati o trasmessi con raccomandata con ricevuta di ritorno rispettivamente all'INPS competente per residenza (luogo di abituale dimora) del lavoratore stesso e al datore di lavoro entro due giorni dal rilascio.

FIRMA DEL CERTIFICATO

La firma delle dichiarazioni rese sul modulo vale anche per il consenso o meno ai sensi della Legge 675/96 art. 10 per il trattamento e comunicazione a soggetti che gestiscono servizi informativi di postalizzazione e di archiviazione dei dati relativi alla presente malattia ai fini della liquidazione e gestione della pratica. Si fa comunque rilevare che il mancato consenso, cioè se viene sbarrata la casella **NON AUTORIZZO**, potrebbe comportare difficoltà o impossibilità di erogazione dell'indennità di malattia.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Il modulo è predisposto per la lettura automatica, per cui è necessario:

- Usare penna biro con inchiostro nero o blu
- Per la spedizione all'INPS piegare una sola volta il certificato
- Scrivere in carattere stampatello maiuscolo
- Utilizzare una casella per ogni carattere, evitando di invaderne i bordi
- Evitare correzioni o cancellature e non ripassare caratteri già scritti
- Non utilizzare apostrofi, accenti, barre trattini, virgole

L'esempio «Sì» indica una compilazione corretta, l'esempio «No» indica una compilazione da evitare.

	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO	LAVORATORE STAGIONALE
Sì	VIA F. DE SANCTIS	103/B	☒ oppure ☒ Sì
No	VIA F. DE SANCTIS	103/B	☐ ☒ No
	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO	LAVORATORE STAGIONALE

NB Per tutti gli indirizzi specificare se trattasi di "via", "piazza", "vicolo" ecc. e aggiungere l'eventuale frazione, borgo, contrada ecc.

QUADRO A

- Reperibilità durante la malattia.** Da compilare solo nel caso in cui:
- il lavoratore abbia un temporaneo recapito diverso dal proprio domicilio,
 - occorra precisare il nominativo differente dal proprio riportato sul campanello citofono ecc. dell'abitazione
 - occorranno ulteriori elementi per identificare l'abitazione (per mancanza ad esempio di numero civico ecc.)
 - il cambiamento dell'indirizzo abituale non sia stato ancora comunicato al datore di lavoro.

Dati anagrafici e residenza. Da compilare sempre.

QUADRO B - Da compilare sempre a cura del lavoratore.

QUADRO C - Da compilare sempre e sottoscrivere.

Per consentire il corretto pagamento dell'indennità di malattia contrassegnare le caselle del settore e della qualifica di appartenenza.

Per le Categorie Particolari barrare la casella se trattasi di:

Apprendisti Lav. domestici Viaggianti e Piazzisti Portieri Dipendenti da partiti politici e associazioni sindacali Dipendenti Pubblica Amministrazione

Contrassegnare anche la casella della categoria in caso di richiesta di pagamento diretto a cura dell'INPS.

Compilare altresì l'ultima parte del quadro nel caso in cui lo stato di malattia sia stato causato da terzi (incidente stradale ecc.) o da infortunio sul lavoro o malattia professionale.

! PROSPETTO DI TRATTAMENTO FINE RAPPORTO DEL : 30/11/2005 !

! AZIENDA : 3 - Azienda per la Mobilita' nell'Area di Taranto SpA !
! DIPENDENTE : 304050 AUGENTI NICOLA !

! DATA ASS. DATA ASS. CONV. DATA CESS. RAPP. ANNI MESI ANZ. !
! 7/01/2005 7/01/2005 26/10/2005 0 10 !

! DESCRIZIONE ! RITENUTE ! COMPETENZE !

! TFR effettivo lordo anno in corso ! 1.159,61 !
! Legge 297/82 Art.3 su impon. 16.845,00 ! 84,25 !

! TOTALI ! 84,25 ! 1.159,61 !

! TOTALE IMPORTO TFR ! 1.075,36 !

! Ammontare lordo T.F.R. ! 1.075,36 - !

! Riv.cor. Tassata ! - !

! Rid.norm. 0,00 Part-time 0,00 ! 0,00 + !

! Liberalita' 100% ! 0,00 + !

! Preavviso ! 0,00 + !

! Anticipi C.C.N.L. ! 0,00 + !

! Altre indennita' ! 0,00 + !

! Imponibile fiscale liquidazione ! 1.075,36 X !

! Aliquota media ! 23,00 % = !

! Imposta dovuta ! 247,33 - !

! Detr.norm. 103,28 Part-time 0,00 ! 103,28 - !

! Imposta operata su antic./preavv./acconti ! 0,00 = !

! Imposta residua ! 144,05 !

! Importo Netto T.F.R. ! 931,31 !

Dichiaro di aver ricevuto la somma di 931,31 a saldo di quanto dovutomi per la cessazione del rapporto di lavoro come da prospetto a tergo.

Dichiaro inoltre di non aver piu' nulla da pretendere per qualsiasi titolo o ragione, essendo stato interamente soddisfatto di ogni mia spettanza inerente al rapporto di lavoro cui la presente liquidazione si riferisce.

Ricevo inoltre il libretto di lavoro N _____ rilasciato il _____ dal comune di _____.

Data : 30/11/2005

Firma : _____

PROSPETTO DI TRATTAMENTO FINE RAPPORTO DEL : 30/11/2005

AZIENDA : 3 - Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto SpA
 DIPENDENTE : 304050 AUGENTI NICOLA

DATA ASS. DATA ASS. CONV. DATA CESS. RAPP. ANNI MESI ANZ.
 7/01/2005 7/01/2005 26/10/2005 0 10

DESCRIZIONE	RITENUTE	COMPETENZE
IFR effettivo lordo anno in corso		1.159,61
Leggo 297/82 Art.3 su impon. 16.845,00	84,25	
TOTALI	84,25	1.159,61
TOTALE IMPORTO TFR		1.075,36

Ammontare lordo T.F.R.	1.075,36	-
Riv.cor. Tassata		-
Rid.norm. 0,00 Part-time 0,00	0,00	+
Liberalità 100%	0,00	+
Preavviso	0,00	+
Anticipi C.C.N.L.	0,00	+
Altro indennità	0,00	+
Imponibile fiscale liquidazione	1.075,36	X
Aliquota media	23,00 %	=
Imposta dovuta	247,33	-
Detr.norm. 103,28 Part-time 0,00	103,28	-
Imposta operata su antic./preavv./acconti	0,00	/
Imposta residua	144,05	
Importo Netto T.F.R.	931,31	

Dichiaro di aver ricevuto la somma di 931,31 a saldo di quanto dovutomi per la cessazione del rapporto di lavoro come da prospetto a lungo.

Dichiaro inoltre di non aver più nulla da pretendere per qualsiasi titolo o ragione, essendo stato interamente soddisfatto di ogni mia aspettanza inerente al rapporto di lavoro cui la presente liquidazione si riferisce.

Ricevo inoltre il libretto di lavoro N. _____ rilasciato il _____ dal comune di _____.

Data : 30/11/2005

Firma . _____

COMUNE DI TARANTO
COMUNE DI TARANTO
~~8^a CIRCOSCRIZIONE "SOLITO CORVISEA"~~

LIBRETTO DI LAVORO

2206

rilasciato a

Argenti Nicola
nato a Taranto

19-01-1981

Via Venezia 63 A

TITOLO DI STUDIO

licenze media

IL TITOLARE

Argenti Nicola

data di rilascio

- 4 FEB. 1998

p IL SINDACO

IL FUNZIONARIO INCARICATO

(Claudio GALEONE)



Galeone

VARIAZIONI E ANNOTAZIONI

STATO DI SERVIZIO

(riservato al datore di lavoro)

Ditta o Ente	Località	Data di		Stipendio o paga or	Qualifica	Firma o timbro della Ditta
		Assunz	Licenz			
EURO NOLEGGI S r l Sede Amm Via Cavallotti, 81 Sede Leg Via Ovidio, 22 74100 TARANTO Part IVA 02196930735		20/10/02	02/07/03	TS	EURO NOLEGGI S r l Sede Amm Via Cavallotti, 81 Sede Leg Via Ovidio, 22 74100 TARANTO Part IVA 02196930735	
CHILOIRIO ROBINSON & C. s.n.o. Via C. D'Amico, 5100 74100 TARANTO C.F. e Part IVA 02179770737 Tel e Fax 099/7797291		23/11/01	14/6/03		CHILOIRIO ROBINSON & C. s.n.o. Via C. D'Amico, 5100 74100 TARANTO C.F. e Part IVA 02179770737 Tel e Fax 099/7797291	
ISTITUTO CONTROLLO QUALITÀ MODI s.r.l. Via dei Maestri Artigiani, s n 74016 MASSAFRA (TA)		02/02/04	03/05/04	TD	ISTITUTO CONTROLLO QUALITÀ MODI s.r.l. Via dei Maestri Artigiani, s n 74016 MASSAFRA (TA)	

UFFICIO COLLOCAMENTO DI TARANTO

ISCRIZIONE

DATA	N ISCRIZIONE	COLLOCATORE	
13.02.91 5 AGO. 1999 2 LUG. 2003	1956 A24 10 e 6502	30010003 23/56/87 198/81/202	

LIBRETTO DI LAVORO

rilasciato a .. - - - - -

figlio/a di .. - - - - -

e di .. - - - - -

nato/a a .. - - - - -

residente in Taranto Via .. - - - - -

Data del rilascio .. - - - - -

Rilasciato il duplicato il .. - - - - -

Dichiarazione di visita medica

Visitato il titolare del libretto il

si accerta che esso è

idoneo (Diagnosi) (1)

FIRMA DEL SANITARIO

Visita medica di controllo

Visitato il titolare del libretto il

si accerta che esso è

idoneo (Diagnosi) (1)

FIRMA DEL SANITARIO

(1) Specificare i motivi dell'invalidità precisando a quale lavoro può essere eventualmente assegnato