



A. M. A. T.

Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

OGGETTO

Liquidazione fattura a favore dell'ASL per visite fiscali.

L'anno millenovecentonovantanove, il giorno 25 (venticinque) del mese di giugno, alle ore 10:00, in TARANTO e nella sede dell'Azienda;

si è riunita in seduta ordinaria, previo avviso di convocazione, il Consiglio di Amministrazione nelle persone dei Signori:

1. Arturo MASI

PRESIDENTE

MEMBRI EFFETTIVI

2. Giuseppe ALTAMURA (a.g.)

3. Angelo DI CORRADO (a.g.)

4. Maria T. CONTE (a.g.)

5. Fedele PIGNANELLI

6. Francesco MATARRESE (a.g.)

7. Alberto MESSINESE (a.g.)

MEMBRI SUPPLENTI

8. Ernesto DATTO (con diritto a voto)

9. Giulio VINCI (con diritto a voto)

Assiste il Direttore Generale dell'Azienda ing. Francesco Lucibello.

Svolge le funzioni di Segretario del Consiglio il Sig. Semeraro Raffaele.

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta.

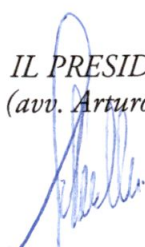
IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

- Premesso che con deliberazione n° 114 adottata in data 31 maggio 1999, si autorizzava, per le motivazioni nella narrativa del medesimo provvedimento esplicitate, il pagamento delle fatture emesse dall'A.S.L. TA/1 a fronte degli accertamenti fiscali effettuati ai dipendenti dell'Azienda nel corso dell'anno 1996;
- vista la fattura n° 96/98 emessa dall'A.S.L. TA/1 relativa agli accertamenti fiscali effettuati ai dipendenti AMAT nel corso dell'anno 1997, regolarmente verificata dagli uffici competenti, che complessivamente ammonta a £ 23.909.400;
- preso atto che per l'anno 1998 e successivi, alla luce della precisazione fornita con propria nota del 7 maggio 1999 dal Ministero della Sanità – Dipartimento della Programmazione -, allegata alla predetta deliberazione n° 114/99, le spese per le visite fiscali richieste per i dipendenti saranno a totale carico dell'A.M.A.T.;
- ritenuto, quindi, poter procedere alla liquidazione di quanto dovuto;
- visto il bilancio preventivo 1999;
- visto il D.P.R. n° 902/1986, in quanto applicabile;
- visto lo Statuto aziendale;
- a voti unanimi e con il voto consultivo favorevole del Direttore Generale

DELIBERA

- di autorizzare la liquidazione della somma di £ 23.909.400 a favore dell'A.S.L. TA/1 per gli accertamenti fiscali effettuati nei confronti del personale dipendente nel corso dell'anno 1997;
- di dare atto che gli importi dovuti per gli accertamenti fiscali effettuati nei confronti del personale dipendente nel corso dell'anno 1998 e da effettuarsi per il futuro, gli impegni di spesa necessari saranno assunti con l'approvazione del bilancio di previsione, alla voce "Spese per visite fiscali", del mastro "Spese per servizi", trattandosi di oneri di gestione ordinaria del personale.

IL PRESIDENTE
(avv. Arturo Masi)



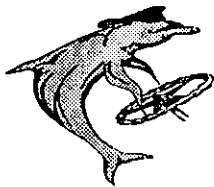
IL SEGRETARIO
(Semeraro Raffaele)



Comunicata all'Amministrazione Comunale il

Resa esecutiva il **25 GIU. 1999**

IL SEGRETARIO
Del Consiglio di Amministrazione
A. M. A. T.
(Semeraro Raffaele)



Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto

Codice Fiscale 00146330733 - Reg. Imprese di TA n° 13361

Taranto, li 30/giugno/1999

Prot. n° : Dir/ 1234/99

Raccomandata a mano

Spett./le
Segreteria 4° Settore
Affari Generali
del Comune di Taranto
Via Plinio, 16

TARANTO

Compiegate alla presente si trasmettono, in duplice esemplare, copie dei dispositivi delle deliberazioni assunte dal Consiglio di Amministrazione di questa Azienda, in data 25 giugno 1999 contrassegnate con i seguenti numeri cronologici:

- Del. nn° 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128.-

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Francesco Lucibello)

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale TA/1
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGIALE

Via Minniti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
 Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 / 377887

A. M. A. T. - TARANTO	
Prot. Arrivo n° <u>1447</u>	del 4 FEB. 1999
Dirigente Ammin.vo	☐
Area Informatica	☐
Area Legale	☐
Area Personale	☐
Area Movimento	☐
Area Tecnica	☐
Ufficio Segreteria	☒
Ufficio Prod. del Traffico	☐
Ufficio Contratti	☐

N° PROT.: 96/MEDFISC/97REC

DISTINTA PROVVISORIA N° 36 del 28.12.1998 - pagina n° 1

Spett.le
 AMAT - TARANTO
 VIA C. BATTISTI, 657
 74100 TARANTO (TA)

OGGETTO: Controlli sanitari richiesti ai sensi dell'articolo 5 della Legge 20 Maggio 1970, n° 300, eseguiti nell'anno 1997.

Si prega di voler versare a questa A.S.L. TA/1, ENTRO 10 (DIECI) GIORNI DALLA RICEZIONE DELLA PRESENTE, esclusivamente tramite c/c postale, allegato, n° 188748, l'importo sottospecificato, dovuto per i controlli in oggetto. A Pagamento avvenuto Vi sarà inviata DEFINITIVA FATTURA in conversione della presente, da far valere ai fini dell'effettuazione degli adempimenti fiscali.

Pos.	N° REPERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESE U.S.L.	LIRE X KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
✓ 1	✓468	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 2	✓469	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 3	✓1248	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
✓ 4	✓1255	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 5	✓1256	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 6	✓1258	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
✓ 7	✓2128	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 8	✓2129	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
✓ 9	✓2130	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
✓ 10	✓2131	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 11	✓3183	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
✓ 12	✓3184	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
✓ 13	✓3185	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
✓ 14	✓3186	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
✓ 15	✓3187	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
✓ 16	✓3189	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 17	✓3190	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
✓ 18	✓3191	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
✓ 19	✓4007	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
✓ 20	✓4009	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 21	✓4010	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 22	✓4011			✓25.000				5.000	5.000	380	20	7.600	42.600
✓ 23	✓4015	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 24	✓4340	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
✓ 25	✓4342	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 26	✓4343	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
✓ 27	✓4344	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
✓ 28	✓4345	50.000						5.000	5.000				60.000
✓ 29	✓4346			✓25.000				5.000	5.000	380	24	9.120	44.120
✓ 30	✓4347	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
✓ 31	✓4727	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
✓ 32	✓4728	50.000						5.000	5.000				60.000



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

Spett.le
 AMAT - TARANTO
 VIA C. BATTISTINI, 657
 74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 2

Pos.	N° EFFETTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA REGOLATORIA	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESA U.S.L.	LIBRE X M.	N. UTILI	PIRGOSSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
33	/4729	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
34	/4730	50.000						5.000	5.000				60.000
35	/4731	50.000						5.000	5.000				60.000
36	/4732	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
37	/5661	50.000						5.000	5.000				60.000
38	/5663	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
39	/5664	50.000						5.000	5.000				60.000
40	/5665	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
41	/5666	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
42	/5667	50.000						5.000	5.000				60.000
43	/5668	50.000						5.000	5.000				60.000
44	/6377							5.000	5.000				60.000
45	/6378	50.000		/25.000				5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
46	/6379	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
47	/6380	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
48	/6381	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
49	/7459	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
50	/7460	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
51	/7461			/25.000				5.000	5.000				60.000
52	/9601	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
53	/9602	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
54	/9603	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
55	/9604	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
56	/9608	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
57	/9599			/25.000				5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
58	/11019	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
59	/11020	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
60	/11021	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
61	/11022	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
62	/11023	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
63	/11024	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
64	/11025	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGALE**

Via Minniti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 / 377887

Spett.le
AMAT - TARANTO
VIA C. BATTISTINI, 657
74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 3

Pos.	N° REPERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESE U.S.L.	LIRE x KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
65	✓11026	50.000						5.000	5.000				60.000
66	✓11325	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
67	✓11326	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
68	✓11327	50.000						5.000	5.000				60.000
69	✓11324	50.000						5.000	5.000				60.000
70	✓11617	50.000						5.000	5.000				60.000
71	✓11618			25.000				5.000	5.000				35.000
72	✓11619	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
73	✓11620	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
74	✓11621			25.000				5.000	5.000				35.000
75	✓12386	50.000						5.000	5.000				60.000
76	✓12387	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
77	✓12388	50.000						5.000	5.000				60.000
78	✓12389	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
79	✓12391	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
80	✓12392	50.000						5.000	5.000				60.000
81	✓13684	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
82	✓13685	50.000						5.000	5.000				60.000
83	✓13686	50.000						5.000	5.000				60.000
84	✓13687	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
85	✓13688	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
86	✓13689	50.000						5.000	5.000				60.000
87	✓13690	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
88	✓13691			25.000				5.000	5.000	380	24	9.120	44.120
89	✓13692	50.000						5.000	5.000				60.000
90	✓14513	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
91	✓14514	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
92	✓14517	50.000						5.000	5.000				60.000
93	✓15157	50.000						5.000	5.000				60.000
94	✓15158	50.000						5.000	5.000				60.000
95	✓15159	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
96	✓15160	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGIALE**

Via Minniti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 - 377887

Spett.le
AMAT - TARANTO
VIA C. BATTISTE, 657
74100 TARANTO TA

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 4

Pos.	N° REFERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESA U.S.L.	LIRE x KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
97	✓15161	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
98	✓15162	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
99	✓15163	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
100	✓15164	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
101	✓15475	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
102	✓15477	50.000						5.000	5.000				60.000
103	✓15480	50.000						5.000	5.000				60.000
104	✓15481	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
105	✓15482	50.000						5.000	5.000				60.000
106	✓15474	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
107	✓16715	50.000						5.000	5.000				60.000
108	✓16716	50.000						5.000	5.000				60.000
109	✓16717	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
110	✓16712	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
111	✓17179	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
112	✓17180	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
113	✓17500			25.000				5.000	5.000				35.000
114	✓17501	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
115	✓17502	50.000						5.000	5.000				60.000
116	✓17503	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
117	✓17504	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
118	✓17741	50.000						5.000	5.000				60.000
119	✓17742	50.000						5.000	5.000				60.000
120	✓17743	50.000						5.000	5.000				60.000
121	✓18135			25.000				5.000	5.000	380	24	9.120	44.120
122	✓18136			25.000				5.000	5.000				35.000
123	✓18138	50.000						5.000	5.000				60.000
124	✓18139	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
125	✓18140			25.000		25.000		5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
126	✓18141	50.000						5.000	5.000				60.000
127	✓18142	50.000						5.000	5.000				60.000
128	✓18143	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL CAPO AREA LEGALE
per supervisione

DATA FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI
per supervisione

DATA FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL CAPO AREA TECNICA
per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO

verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL CAPO AREA TECNICA
per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

Azienda Sanitaria Locale TA/1
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGIALE

Via Minniti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
 Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 / 377887

Spett.le
 AMAT - TARANTO
 VIA C. BATTISTI, 557
 74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 5

Pos.	N° REFERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESE U.S.L.	LIRE x KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
129	✓18648	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
130	✓18649	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
131	✓18650	50.000						5.000	5.000				60.000
132	✓18651	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
133	✓18652	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
134	✓18797			✓25.000				5.000	5.000	380	20	7.600	42.600
135	✓18798	50.000						5.000	5.000	380	15	5.700	65.700
136	✓18799	50.000						5.000	5.000				60.000
137	✓18796	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
138	✓18800			✓25.000				5.000	5.000	380	18	6.840	41.840
139	✓18801	50.000						5.000	5.000				60.000
140	✓19137			✓25.000		25.000		5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
141	✓19135	50.000						5.000	5.000				60.000
142	✓19138	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
143	✓19139	50.000						5.000	5.000				60.000
144	✓19140	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
145	✓19141	50.000						5.000	5.000				60.000
146	✓19142	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
147	✓19143	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
148	✓19147	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
149	✓19144	50.000						5.000	5.000				60.000
150	✓19145	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
151	✓19146	50.000						5.000	5.000				60.000
152	✓19148			✓25.000				5.000	5.000				35.000
153	✓19149	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
154	✓19274	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
155	✓19275	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
156	✓19276	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
157	✓19277	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
158	✓19278			✓25.000				5.000	5.000				35.000
159	✓19279	50.000						5.000	5.000				60.000
160	✓19280	50.000						5.000	5.000				60.000



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

Azienda Sanitaria Locale T.A. I
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGALE
 Via Miramiti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
 Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 / 377887

Spett.le
 AMAI - TARANTO
 VIA C. BATTISTI, 657
 74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 6

Pos.	N° REFERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESE U.S.L.	LIRE x KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
161	✓19328	50.000						5.000	5.000				60.000
162	✓19329	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
163	✓19330	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
164	✓19331	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
165	✓19332	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
166	✓19333	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
167	✓19334	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
168	✓19448	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
169	✓19496	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
170	✓19497			25.000		25.000		5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
171	✓19498	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
172	✓19499	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
173	✓19598	50.000						5.000	5.000				60.000
174	✓19600 *	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
175	✓19601	50.000						5.000	5.000				60.000
176	✓19602	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
177	✓19603	50.000						5.000	5.000				60.000
178	✓19604	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
179	✓20171	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
180	✓20172	50.000						5.000	5.000				60.000
181	✓20173	50.000						5.000	5.000				60.000
182	✓20174	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
183	✓20175	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
184	✓20176	50.000						5.000	5.000				60.000
185	✓20177	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
186	✓20178	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
187	✓20179	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
188	✓20180	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
189	✓20295	50.000						5.000	5.000				60.000
190	✓20296	50.000						5.000	5.000				60.000
191	✓20297	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
192	✓20298	50.000						5.000	5.000				60.000



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

Azienda Sanitaria Locale TA/1
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGIALE

Via Minniti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
 Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 / 377887

Spett.le
 AMAT - TARANTO
 VIA C. BATTISTI, 657
 74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 7

Pos.	N° REFERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESA U.S.L.	LIRE x KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
193	✓20299	50.000						5.000	5.000				60.000
194	✓20741	50.000						5.000	5.000				60.000
195	✓20742	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
196	✓20745	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
197	✓20744	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
198	✓20743	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
199	✓21329	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
200	✓21330			25.000		25.000		5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
201	✓21333	50.000						5.000	5.000				60.000
202	✓21482	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
203	✓21484	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
204	✓21485	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
205	✓21487	50.000						5.000	5.000				60.000
206	✓21488	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
207	✓21331			25.000				5.000	5.000				35.000
208	✓21332	50.000						5.000	5.000				60.000
209	✓21334	50.000						5.000	5.000				60.000
210	✓21486	50.000						5.000	5.000				60.000
211	✓21517			25.000		25.000		5.000	5.000	380	62	23.560	93.560
212	✓21518	50.000						5.000	5.000	380	56	21.280	81.280
213	✓21864	50.000						5.000	5.000				60.000
214	✓21865	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
215	✓21866	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
216	✓21867	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
217	✓21868	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
218	✓21869	50.000						5.000	5.000				60.000
219	✓21870			25.000				5.000	5.000	380	24	9.120	44.120
220	✓21871	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
221	✓22068	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
222	✓22069	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
223	✓22070	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
224	✓22071	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

Azienda Sanitaria Locale TA/1
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGALE

Via Miramiti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 / 377887

Spett.le
AMAT - TARANTO
VIA C. BATTISTI, 657
74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 8

Pos.	N° REFERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESA U.S.L.	LIFE X KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
225	✓22072	50.000						5.000	5.000				60.000
226	✓22073	50.000						5.000	5.000				60.000
227	✓22250	50.000						5.000	5.000				60.000
228	✓22251			25.000				5.000	5.000				35.000
229	✓22253	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
230	✓22254	50.000						5.000	5.000				60.000
231	✓22255	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
232	✓22256	50.000						5.000	5.000				60.000
233	✓22257	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
234	✓22258	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
235	✓22259	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
236	✓22260	50.000						5.000	5.000				60.000
237	22066 *	50.000						5.000	5.000				60.000
238	✓23242	50.000						5.000	5.000				60.000
239	✓23243	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
240	✓23244	50.000						5.000	5.000				60.000
241	✓23245			25.000				5.000	5.000				35.000
242	✓23246	50.000						5.000	5.000				60.000
243	22067 *	50.000						5.000	5.000				60.000
244	✓23605	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
245	✓23606	50.000						5.000	5.000				60.000
246	✓23607	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
247	✓23608	50.000						5.000	5.000				60.000
248	✓23609	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
249	✓23610	50.000						5.000	5.000				60.000
250	✓23611	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
251	✓23612	50.000						5.000	5.000				60.000
252	✓23613	50.000						5.000	5.000				60.000
253	✓23614	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
254	✓23615	50.000						5.000	5.000				60.000
255	✓23616	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
256	✓25154	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	
data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale TA/1
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGALE
Via Minniti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 377887

Spett.le
AMAT - TARANTO
VIA C. BATTISTI, 657
74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 9

Pos.	N° REPERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESE U.S.L.	LIRE x KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
257	✓ 25155	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
258	✓ 25156	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
259	✓ 25157	50.000						5.000	5.000				60.000
260	✓ 25158	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
261	✓ 25160	50.000						5.000	5.000				60.000
262	✓ 25162	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
263	✓ 25204	50.000						5.000	5.000	380	62	23.560	83.560
264	✓ 25524	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
265	✓ 25527	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
266	✓ 25528	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
267	✓ 25529	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
268	✓ 25530	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
269	✓ 25531	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
270	✓ 25532	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
271	✓ 25533			✓ 25.000				5.000	5.000	380			60.000
272	✓ 26008	50.000						5.000	5.000				44.120
273	✓ 26009			✓ 25.000				5.000	5.000				60.000
274	✓ 26010	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
275	✓ 26011	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
276	✓ 26012			✓ 25.000				5.000	5.000				35.000
277	✓ 26013	50.000						5.000	5.000				60.000
278	✓ 26014	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
279	✓ 26280	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
280	✓ 26281	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
281	✓ 26284	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
282	✓ 26285	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
283	✓ 26286	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
284	✓ 26287	50.000						5.000	5.000				60.000
285	✓ 26298	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
286	✓ 26299			✓ 25.000				5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
287	✓ 25620	50.000						5.000	5.000				44.120
288	✓ 25822	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale TA/1
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGIALE
Via Miramiti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 / 377887

Spett.le
AMAT - TARANTO
VIA C. BATTISTI, 657
74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1999 - pagina n° 10

Pos.	N° REFERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESE U.S.L.	LIRE x KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
289	✓26823	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
290	✓26824	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
291	✓26825			25.000				5.000	5.000	380	18	6.840	41.840
292	✓27073	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
293	✓27074			25.000		25.000		5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
294	✓27075	50.000						5.000	5.000				60.000
295	✓27076	50.000						5.000	5.000				60.000
296	✓27077	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
297	✓27078	50.000						5.000	5.000				60.000
298	✓27123	50.000						5.000	5.000	380	40	15.200	75.200
299	✓27247	50.000						5.000	5.000				60.000
300	✓27248			25.000				5.000	5.000	380	18	6.840	41.840
301	✓27249	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
302	✓27250	50.000						5.000	5.000				60.000
303	✓27251	50.000						5.000	5.000				60.000
304	26282 *	50.000						5.000	5.000				60.000
305	26283 *	50.000						5.000	5.000				60.000
306	✓27578	50.000						5.000	5.000				60.000
307	✓27579	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
308	✓27580	50.000						5.000	5.000				60.000
309	✓27581	50.000						5.000	5.000				60.000
310	✓27582	50.000						5.000	5.000				60.000
311	✓27583	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
312	✓27584			25.000		25.000		5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
313	✓27586	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
314	✓27587	50.000						5.000	5.000				60.000
315	✓27965	50.000						5.000	5.000				60.000
316	✓27967	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
317	✓27976	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	67.600
318	✓28404	50.000						5.000	5.000				60.000
319	✓28406	50.000						5.000	5.000				60.000
320	✓28408	50.000						5.000	5.000				60.000



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	
data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale TA/1
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGIALE

Via Minniti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 / 377887

Spett.le
ASL - TARANTO
VIA C. BATTISTI, 657
74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 11

Pos.	N° REFERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESA U.S.L.	LIRE x RM.	RM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
321	✓28413	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
322	✓28414	50.000						5.000	5.000	380	20	7.500	67.500
323	✓28415	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
324	✓28444	50.000						5.000	5.000	380	62	23.560	93.560
325	✓28498	50.000						5.000	5.000	380	20	7.500	67.500
326	✓28499	50.000						5.000	5.000				60.000
327	✓28500	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
328	✓29074	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
329	✓29076	50.000						5.000	5.000	380	20	7.500	67.500
330	✓29077	50.000						5.000	5.000				60.000
331	✓29079	50.000						5.000	5.000				60.000
332	✓29081	50.000						5.000	5.000				60.000
333	✓29693			✓25.000				5.000	5.000	380	20	7.500	42.500
334	✓29694	50.000						5.000	5.000				60.000
335	✓29695	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840
336	✓29696	50.000						5.000	5.000				60.000
337	✓29697	50.000						5.000	5.000				60.000
338	✓29698	50.000						5.000	5.000				60.000
339	✓30154			✓25.000		✓25.000		5.000	5.000	380	20	7.500	67.500
340	✓30155	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
341	✓30156	50.000						5.000	5.000	380	20	7.500	67.500
342	✓30157	50.000						5.000	5.000				60.000
343	✓30158	50.000						5.000	5.000				60.000
344	✓30159	50.000						5.000	5.000	380	20	7.500	67.500
345	✓30160	50.000						5.000	5.000				60.000
346	✓30161	50.000						5.000	5.000				60.000
347	✓30162	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	69.120
348	✓30163	50.000						5.000	5.000				60.000
349	✓30164	50.000						5.000	5.000				60.000
350	✓30165	50.000						5.000	5.000	380	20	7.500	67.500
351	✓30460	50.000						5.000	5.000				60.000
352	✓30461	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	66.840



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale TA/1
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGIALE
 Via Mirniti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
 Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 / 377887

Spett.le
 AMAT - TARANTO
 VIA C. BATTISTI, 657
 74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 12

Pos.	N° REFERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESE U.S.L.	LIRE x KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
353	✓30462	50.000						5.000	5.000				50.000
354	✓30463	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	57.600
355	✓30464	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	57.600
356	✓30608	50.000						5.000	5.000				50.000
357	✓30609	50.000						5.000	5.000				50.000
358	✓30610	50.000						5.000	5.000				50.000
359	✓30611	50.000						5.000	5.000				50.000
360	✓30612	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	57.600
361	✓30613	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	57.600
362	✓30614	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	56.840
363	✓30619	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	57.600
364	30707 *			25.000				5.000	5.000	380	20	7.600	57.600
365	✓30726	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	41.840
366	✓30727	50.000						5.000	5.000				50.000
367	✓30728	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	56.840
368	✓30729			25.000				5.000	5.000				50.000
369	✓30730	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	44.120
370	✓30731	50.000						5.000	5.000				50.000
371	✓30732	50.000						5.000	5.000	380	20	7.600	57.600
372	✓30853	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	56.840
373	✓30855	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	56.840
374	✓30856	50.000						5.000	5.000	380	18	6.840	56.840
375	✓30857	50.000						5.000	5.000				50.000
376	✓30858	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	59.120
377	✓30859	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	59.120
378	✓30860	50.000						5.000	5.000				50.000
379	✓30861	50.000						5.000	5.000	380	24	9.120	59.120



V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	
data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale TA/1
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE - FISCALE
ATTIVITA' MEDICO COLLEGALE

Via Mirruti 152 74100 Taranto Codice Fiscale e Partita I.V.A. : 02026690731
 Tel. (099) 338554 / 377887 Ambulatorio (099) 7387556 - Fax (099) 338554 / 377887

Spett.le
 AMAT - TARANTO
 VIA C. BATTISTI, 657
 74100 TARANTO (TA)

DISTINTA PROVVISORIA N° 96 del 28.12.1998 - pagina n° 13

Pos.	N° REFERTO	VISITA DOMICILIARE		ACCESSO		VISITA AMBULATOR.	DIRITTI DI URGENZA	DIRITTI FISSI	SPESE U.S.L.	LIRE x KM.	KM. UTILI	RIMBORSO DEI CHILOMETRI	COSTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI
		feriale	festiva	feriale	festivo								
380	30862	50.000						5.000	5.000	380	18	6.940	66.840

Il bollo sarà applicato sulla fattura definitiva													TOT. GEN. PRESTAZIONI	£.	23.906.900
													BOLLO	£.	2.500
													TOTALE DELLA RICHIESTA	£.	23.909.400

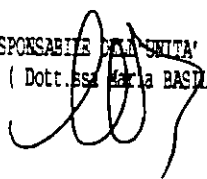
Prestazioni esenti da I.V.A. ai sensi del D.P.R. 26/01/79 n° 24 artt. 1-2

Il bollo sarà applicato sulla fattura definitiva

Prestazioni esenti da I.V.A. ai sensi del D.P.R. 26/01/79 n° 24 artt. 1-2

S. E. & O.

IL RESPONSABILE DELL'UNITA' OPERATIVA
 (Dott.ssa Maria BASTILE)





V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA LEGALE per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA 8-2-99	FIRMA DEL RESPONSABILE 16-2-99
IL CAPO AREA CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
CAPO AREA AL PERSONALE E AFFARI GENERALI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Delib. C.A. n. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL CAPO AREA TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE: