



1632413

ESERCIZIO 20 13

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1471

MINISTRO FINANZE

VIGOR MONTES Ns. Sp.

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

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

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

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

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

324.

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	0	1.471	12/11/2013			€ 95,74

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

MINISTERO DELLE FINANZE - VERS. F/24-23

/ 0

Partita IVA:

CC 03.18;22.878

DICONSI EURO: novantacinque,74

PAGAMENTO:

A MEZZO DELEGA BANCARIA

CAUSALE DEL PAGAMENTO

VISITE MEDICHE NS.DIPENDENTI

PAGAMENTO FATTURE N.



IMPORTO LORDO	€	95,74
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	95,74

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 95,74	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA			
ART.24 ST.	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

DELEGA IRREVOCABILE A:

MONTE DEI PASCHI DI SIENA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

TARANTO

PROV. **TA**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

00146330433

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

DATI ANAGRAFICI

Azienda per la Mobilità nell'area di Taranto S.p.a.

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE **TARANTO**

T A VIA CESARE BATTISTI, 657

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

**IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/
prov./ mese rif.

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

0,00 B

0,00 +

SALDO (A-B)

0,00

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

periodo di riferimento:
da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

7800

VMCF

78004496130056571

95,74

TOTALE C

95,74 D

0,00 +

SALDO (C-D)

95,74

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/
mese rif.

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E

0,00 F

0,00 +

SALDO (E-F)

0,00

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/
codice comune

Rinn.

Interr.

variaz.

Acc.

Saldo

numero
immobili

codice tributo

rateazione/
mese rif.

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE G

0,00 H

0,00 +

SALDO (G-H)

0,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

TOTALE I

0,00 L

0,00 +

SALDO (I-L)

0,00

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M

0,00 N

0,00 +

SALDO (M-N)

0,00

FIRMA

**A.M.A.T. S.p.a.
IL PRESIDENTE**

SALDO FINALE

EURO +

95,74

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

☐

bancario/postale

n.ro

☐

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

firma

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

Sede legale ed amministrativa: 74100 TARANTO - Via C. Battisti, 657
Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247
Codice fiscale, Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733
Capita Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	0	1.471	12/11/2013			€ 95,74

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

MINISTERO DELLE FINANZE - VERS. F/24-23

/ 0

Partita IVA:

CC 03.18;22.878

DICONSI EURO: novantacinque,74

PAGAMENTO:

A MEZZO DELEGA BANCARIA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

VISITE MEDICHE NS.DIPENDENTI

PAGAMENTO FATTURE N.

IMPORTO LORDO	€	95,74
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	95,74

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 95,74	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA ART.24 ST.	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

Matricola INPS : 7800449608/00
Partita IVA : 00146330733
Cod. Fiscale : 00146330733

Direzione Provinciale di
TARANTO
P.Iva : 02121151001
C.F. : 80078750587

All'azienda
SPA AZIENDA PER LA MOBILITA NELL AREA DI TARANTO
VIA CESARE BATTISTI 657
74121 TARANTO TA

Fattura N. 1216 /P del 08.10.2013
Richiesta di pagamento N. 565 del 08.10.2013

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	NIGRO/VINCENZO	02.01.1957	195539	02.08.2013	47,57
2	VENNERI/EGIDIO	27.11.1958	195990	02.08.2013	46,17

Totale Euro	93,74
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	95,74

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello **F24** riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede **7800**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **78004496130056571**
Importi a debito versati **95,74**

Il Direttore Provinciale
DR.TOMMASO CHIMENTI

AmAt
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

17623
28 OTT. 2013

del

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

Pr. 2740
28/10/13

G/e 3338
28/10/13

INPSIstituto Nazionale
Previdenza Sociale

Direzione Provinciale di

TARANTO

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/00

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

JP38

All'azienda

SPA AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO**VIA CESARE BATTISTI 657****74121 TARANTO TA**

Fattura N. 1216 /P del 08.10.2013

Richiesta di pagamento N. 565 del 08.10.2013

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	NIGRO/VINCENZO	02.01.1957	195539	02.08.2013	47,57
2	VENNERI/EGIDIO	27.11.1958	195990	02.08.2013	46,17

Totale Euro	93,74
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	95,74

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496130055571
Importi a debito versati	95,74

Il Direttore Provinciale
DR.TOMMASO CHIMENTI**AmAt**
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

17623
28 OTT. 2013

del

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

P.n. ~~2740~~ 2740
28/10/13G/c 3338
28/10/13

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

AT-24 SXL

18/10/13

DATA
30 OTT. 2013
IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA

FIRMA

30 OTT. 2013

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA
28/10/13

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA

FIRMA

12-11-13

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA

UNITA' AA.GG. E PP.RR.
 verifica conferimento incarico

Conferimento del Prot.

IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.

DATA

FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

29.10.2013

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA

FIRMA

29.10.2013

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO

verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

Modello L.
(da inserire a cura dell'I.N.P.S.)

Allegato A

INPS
2000

- ☒ Richieste di visita medica di controllo⁽¹⁾;
☐ Conferme della richiesta di visita medica di controllo già effettuata con telefonata del
.....⁽¹⁾

099-7768743

Alla Sede I.N.P.S. PARANO

Reparto V.M.C. (Visite Mediche di Controllo)

U.D.P. a Sostegno del Reddito

Ai sensi dell'art. 5 della Legge 638/1983 il/la sottoscritto/a MATCHECCIA GIOVANNI
chiede di voler procedere a visita medica domiciliare nei confronti del lavoratore sotto citato, il
quale ha comunicato di essere ammalato. Il sottoscritto medesimo si impegna a rimborsare
all'I.N.P.S. il costo della visita stessa, dietro richiesta di pagamento da parte di quest'ultimo.

* Dati relativi al lavoratore:

- Nome, cognome e cognome acquisito VENNERI GIOIA
- Luogo e data di nascita SAN GEORGIO JONICO 27-11-1958
- Indirizzo abituale (Via, n. civico, int., C.A.P., Comune) VIA ROSTINI n.12
74027 - SAN GEORGIO JONICO
- Domicilio occasionale durante la malattia (Via, n. civico, int., C.A.P., Comune)
VIA ROSTINI n.12 - 74027 SAN GEORGIO JONICO
- Codice Fiscale VNN G43 58527H 882V
- INFERNO
Ammalato dal 27.07.2013 al⁽²⁾ 02.08.2013

* Dati relativi al datore di lavoro:

- Denominazione: A.M.A.T. S.p.A.
- Indirizzo (Via, n. civico, int., C.A.P., Comune): VIA CESARE BATTIATI, 657 - 74100 FACANFO
- Partita IVA e codice fiscale: 00146330F33
- Matricola I.N.P.S.: 7800449608
- C.S.C. (Codice statistico contributivo):
- Nome, cognome del richiedente e recapito telefonico: PIRELLA MARIA FABIOLA 099-7356210

* Il lavoratore sopra citato⁽¹⁾:

- ☒ ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'I.N.P.S.;
☐ non ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'I.N.P.S.

* Per lo stesso evento di malattia⁽¹⁾:

- ☒ non è stata richiesta alcuna visita di controllo alla U.S.L.;
☐ sono state richieste alla U.S.L. T4/..... visite di controllo nelle seguenti date

PARANO

31.07.2013

(luogo)

(data)

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

IL DIRETTORE GENERALE

Ing. GIOVANNI MATCHECCIA

(firma leggibile e autografa del datore di lavoro)

⁽¹⁾ Se non è stata chiesta la visita di controllo.

⁽²⁾ Indicare il data di scadenza della prognosi, unicamente se questi risulta a carico di lavoro da prestazione lavorativa.

INPS
2000

- ☒ Richiesta di visita medica di controllo⁽¹⁾
☐ Conferma della richiesta di visita medica di controllo già effettuata con telefonata del
.....⁽¹⁾

000-7758743

Alla Sede I.N.P.S. Taranto

Reparto V.M.C. (Visite Mediche di Controllo)

U.D.P. a Sostegno del Reddito

Ai sensi dell'art. 5 della Legge 638/1983 il/la sottoscritto/a MATICHESCUA GIOVANNI chiede di voler procedere a visita medica domiciliare nei confronti del lavoratore sotto citato, il quale ha comunicato di essere ammalato. Il sottoscritto medesimo si impegna a rimborsare all'I.N.P.S. il costo della visita stessa, dietro richiesta di pagamento da parte di quest'ultimo.

+ Dati relativi al lavoratore:

- Nome, cognome e cognome acquisito NIGRO VINCENZO
- Luogo e data di nascita Taranto 02-01-1954
- Indirizzo abituale (Via, n. civico, int., C.A.P., Comune) VIA MONTESGRAPPA n. 14
TALSANO - FALCI TARANTO
- Domicilio occasionale durante la malattia (Via, n. civico, int., C.A.P., Comune)
VIA MONTESGRAPPA n. 14 - TALSANO - FALCI TARANTO
- Codice Fiscale NGR VCN 57A02 L0H9G
- Ammalato dal 25.07.2013 al⁽²⁾ 03.08.2013

+ Dati relativi al datore di lavoro:

- Denominazione: A.T.A.T. S.p.A.
- Indirizzo (Via, n. civico, int., C.A.P., Comune): VIA CESARE BATTI, 657 - 74100 TACANFO
- Partita IVA e codice fiscale: 00146330F33
- Matricola I.N.P.S.: 7800449608
- C.S.C. (Codice statistico contributivo):
- Nome, cognome del richiedente e recapito telefonico: MENENT. MARIA FANCIA, 099-7356210

+ Il lavoratore sopra citato⁽¹⁾:

- ☒ ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'I.N.P.S.;
- ☐ non ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'I.N.P.S.

+ Per lo stesso evento di malattia⁽¹⁾:

- ☒ non è stata richiesta alcuna visita di controllo alla U.S.L.;
- ☐ sono state richieste alle U.S.L. T.A. visite di controllo nelle seguenti date:

SARTANO

il 31.08.2013

(luogo)

(data)

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

Il DIRETTORE GENERALE
Ing. Giovanni MATICHESCUA

(firma leggibile e timbro del datore di lavoro)

(1) Sottoscrivere il nome che richiede.

(2) Indicare il data di cessazione della prognosi, apponendo su questo foglio il datore di lavoro alla COMPLESSIVAZIONE SANITARIA.

Richiedente:56039072
Data Richiesta:12/11/2013
Data Spedizione:12/11/2013
Tipo Funzione:F24
Id. Flusso:13842608874267BUQW2K
Stato:SPEDITO
Primo Firmatario:ETTORE
Secondo Firmatario:
Abi Cab Numero Conto Tipo Conto :01030 15801 000000008768 CC

DELEGA IRREVOCABILE A: **BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.P.A.**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA **SUCCURSALE DI TARANTO**

PROV. **TA**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

DATI ANAGRAFICI

A.M.A.T. S.P.A.

data di nascita

giorno

mes

anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE **TARANTO**

T | A

VIA CESARE BATTISTI, 657

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese rif.

giorno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

0,00 B

0,00

SALDO (A-B)

0,00

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/filiale azienda

periodo di riferimento: da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

7800

VMCF

78004496130056571

95,74

0,00

SALDO (C-D)

TOTALE C

95,74 D

0,00

+ 95,74

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese rif.

giorno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (E-F)

TOTALE E

0,00 F

0,00

0,00

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/codice comune

Ravv.

Introd.

varchi

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese rif.

giorno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (G-H)

TOTALE G

0,00 H

0,00

0,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (I-L)

TOTALE I

0,00 L

0,00

0,00

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

periodo di riferimento: da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (M-N)

TOTALE M

0,00 N

0,00

0,00

SALDO FINALE

EURO +

95,74

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

CAB

COPIA NON VALIDA COME ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO