



T457/14

ESERCIZIO 20 14

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1030

Ministro delle Finanze

Ministro della Sanità

Edizione

**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	1.030	06/08/2014			€ 585,35

**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: cinquecentoottantacinque,35

PAGAMENTO:

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA TELEM

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

EDILPIER: INTERV.SOSTITUTIVO

PAGAMENTO FATTURE N.



IMPORTO LORDO	€	585,35
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	585,35

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	ESTREMI DELIBERA	IMPORTO LORDO	€	585,35	CASSA
		PREVISIONE	€	0,00	CASSA
		PROG. ORDINATIVI EMESSI	€	0,00	CASSA
		DISPONIBILITA'	€	0,00	CASSA

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE	
CODICE FISCALE	M R N N G L 8 1 A 0 7 L 0 4 9 N
cognome, denominazione o ragione sociale	
DATI ANAGRAFICI	MARANGELLA
nome	ANGELO
data di nascita	07/01/1981
comune	TARANTO
provincia	T A
DOMICILIO FISCALE	TARANTO
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare	0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3
codice identificativo 5 1	

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

SEZIONE 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
TOTALE C D	
SALDO (C-D)	

SEZIONE REGIONI	
codice regione	codice tributo
rateazione/mese rif.	anno di riferimento
importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE E F	
SALDO (E-F)	

SEZIONE IMU ALTRI TRIBUTI LOCALI	
codice ente/codice comune	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
TOTALE G H	
SALDO (G-H)	

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI	
codice sede	codice ditta
c.c.	numero di riferimento
causale	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa
importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE I J	
SALDO (I-L)	

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI	
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	
TOTALE M N	
SALDO (M-N)	

FIRMA	EURO
A.M.A.T. S.p.A.	585,35
IL PRESIDENTE	

ESTREMI DEL VERSAMENTO	
DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE
giorno	azienda
mezzo	CAB/SPORTELLO
anno	
Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale	
n.ro ☐ circolare/vaglia postale	
tratto / emesso su ☐ cod. ABI ☐ CAS	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN IT	firma
--	-------

P.N. 2484 832 06/8/14

**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	1.030	06/08/2014			€ 585,35

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: cinquecentottantacinque,35

PAGAMENTO:

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA TELEM

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

EDILPIER: INTERV.SOSTITUTIVO

PAGAMENTO FATTURE N.

IMPORTO LORDO	€ 585,35
TOTALE RITENUTE	€ 0,00
IMPORTO	€ 585,35

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		€ 585,35	
ESTREMI DELIBERA	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

Sede di TARANTO
Taranto 19/06/2014
e-mail taranto@inail.it
PEC taranto@postacert.inail.it

Azienda per la notabilità nell'area di Taranto

Prot. n. **16476**
06 AGO. 2014

del _____
AD Amministratore ☐
DG Direzione Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sostit. ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Cor. PPRR SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐

A.M.A.T. SPA AREA CONTRATTI
PEC areacontratti@pec.amat.ta.it

Oggetto: Art. 4, comma 2, D.P.R. n. 207/2010. Intervento sostitutivo della stazione appaltante. Dati per il pagamento.

DURC - CIP **20141387643455**
PROTOCOLLO **29095408**
Codice fiscale ditta¹ **- MRNGL81A07L049N**
Codice ditta INAIL² **018927587**
Ragione sociale **EDIL PIER DI MARANGELLA ANGELO**

Come da Voi richiesto con pec del 18/06/2014 si trasmette di seguito il dettaglio delle irregolarità Inail relative alla ditta ed al DURC indicati in oggetto.

Si comunica che alla data odierna l'importo dell'inadempienza contributiva della ditta in oggetto risulta pari ad euro: 585,35.³

Il versamento all'Inail deve avvenire utilizzando il modello di pagamento unificato F24 o, per gli enti e amministrazioni dello stato che rientrano nel sistema di tesoreria unica, tramite F24 EP. In alternativa, ove non fosse possibile utilizzare uno dei metodi precedentemente elencati, il pagamento può avvenire con accredito su C/C tramite l'IBAN indicato nella presente lettera.

P.M. 2454
06/08/14

[Stylized signature]

- 1 Inserire l'esatto codice fiscale della ditta per la quale effettuare il pagamento.
- 2 Inserire l'esatto codice ditta per il quale effettuare il pagamento.
- 3 Indicare l'importo attuale dell'irregolarità INAIL esclusivamente nel caso in cui questo sia inferiore alla somma indicata dalla stazione appaltante nella comunicazione preventiva.

Modalità di compilazione Modello F24:

Sezione "CONTRIBUENTE"

Campo "CODICE FISCALE" indicare il codice fiscale della ditta: **MRNNGL81A07L049N**

Campo "CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore

fallimentare"⁴, indicare il codice fiscale della stazione appaltante:

Campo "CODICE IDENTIFICATIVO", indicare il codice: **"51"** (Intervento sostitutivo - art. 4 del d.P.R. n. 207/2010)

Sezione "INAIL"

Campo "CODICE SEDE", indicare il codice della Sede INAIL: **34500**

Campo "CODICE DITTA", indicare il codice ditta: **018927587**

Campo "C.C.", indicare il codice di controllo: **52**

Campo "NUMERO DI RIFERIMENTO", indicare i numeri di riferimento

compilando un rigo per ciascun numero di riferimento: **110008 €12,33; 902012 €113,26; 902013 € 459,76**

Campo "CAUSALE", indicare: **P**

Campo "NUMERO DI RIFERIMENTO" e campo "IMPORTI A DEBITO VERSATI", indicare i seguenti dati, compilando un rigo per ciascun numero di riferimento

4 Risoluzione Agenzia delle Entrate n. 34/E del 11 aprile 2012.

Modalità di compilazione Modello F24 EP:

Sezione "CONTRIBUENTE"

Campo "CODICE FISCALE", indicare il codice fiscale della stazione appaltante: **00146330733**

Campo "VERSAMENTO EFFETTUATO IN QUALITA' DI", indicare il codice: **"51"** (Intervento sostitutivo - art. 4 del d.P.R. n. 207/2010)

Campo "PER CONTO DI", indicare il codice fiscale della ditta: **MRNNGL81A07L049N**

Sezione "DETTAGLIO VERSAMENTO"

Campo "SEZIONE", indicare: **N**

Campo "CODICE TRIBUTO/CAUSALE", indicare i numeri di riferimento,

compilando un rigo per ciascun riferimento: **110008 €12,33; 902012 €113,26;**
902013 € 459,76

Campo "CODICE", indicare il codice della Sede INAIL: **34500**

Campo "ESTREMI IDENTIFICATIVI", indicare il codice ditta: **018927587**

Campo "RIFERIMENTO A", indicare: **P**

Campo "RIFERIMENTO B": non deve essere compilato

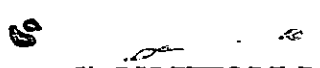
Campo "IMPORTI A DEBITO VERSATI", indicare gli importi da versare

all'Istituto corrispondenti ai numeri di riferimento: : **110008 €12,33; 902012 €113,26;**
902013 € 459,76

Modalità di pagamento tramite accredito su c/c IBAN:

Il versamento dell'importo relativo alle inadempienze INAIL deve avvenire tramite accredito sul conto corrente, intestato a questa Sede, codice **IBAN IT47P0200804030000005402401** indicando la causale di pagamento "Intervento sostitutivo Codice ditta **_018927587_** -Codice fiscale ditta **MRNNGI81A07L049N**, per l'importo **€ _585,35_-**

Si ricorda che il pagamento deve essere effettuato con la massima tempestività avendo cura di inviare alla scrivente Sede copia delle ricevute di versamento (via e-mail all'indirizzo taranto@inail.it o via PEC all'indirizzo taranto@postacert.inail.it).


IL DIRETTORE DELLA SEDE
(Dr. Giuseppe GIGANTE)

Per eventuali comunicazioni, si fornisco i dati del funzionario competente:

dr. Francesco PAPA e-mail fr.papa@inail.it tel.0997322419 netFax 0622798746

EDIL PIER

04.19.0006

Modulo Intervento sostitutivo DURC - comunicazione preventiva

Alla Sede INAIL di Taranto

taranto@postacert.inail.it

Oggetto: DURC - Intervento sostitutivo - Comunicazione preventiva.

Codice fiscale ditta irregolare

M	R	N	N	G	L	8	1	A	0	7	L	0	4	9	N
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Codice ditta INAIL

1	8	9	2	7	5	8	7		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

DURC CIP

2	0	1	4	1	3	8	7	6	4	3	4	5	5		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

Protocollo

2	9	0	9	5	4	0	8		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

Emesso il gg /mm /aaaa

2	3	0	4	2	0	1	4
---	---	---	---	---	---	---	---

Il sottoscritto Giovanni Matichecchia , in qualità di responsabile del

procedimento della stazione appaltante A.M.A.T. s.p.a ,

codice fiscale SA 00146330733, comunica di voler attivare l'intervento

sostitutivo ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.R. n. 207/2010 per l'irregolarità segnalata nel DURC in oggetto per un importo di euro 809,00 (2)

e, a tal fine, chiede di conoscere gli estremi per effettuare il relativo versamento.

Il sottoscritto si impegna ad effettuare tempestivamente il pagamento e ad inviare alla Sede copia della ricevuta di versamento.

Per eventuali comunicazioni, si forniscono i seguenti recapiti

Tel. Ufficio 099-7356 - 212/253

Fax Ufficio 099- 7794247

E-mail Ufficio areacontratti@amat.ta.it ; controllogestione@amat.ta.it

E-mail PEC Ufficio areacontratti@pec.amat.ta.it

A.M.A.T. S.p.A.
Il Responsabile del procedimento
Ing. Giovanni MATICHECCHIA

- (1) Indicare alternativamente uno dei due recapiti. Per individuare i recapiti delle Sedi INAIL consultare il sito www.inail.it al percorso: L'INAIL - Uffici territoriali, selezionare la Regione e visualizzare la Sede di interesse oppure selezionare da "Accesso rapido" "Uffici territoriali". È inoltre possibile individuare la Sede INAIL competente in base al CAP della sede legale dell'impresa al percorso: Contatti (link in alto nella home page) - Struttura INAIL competente (link in fondo alla pagina) - Cerca Sede INAIL.
- (2) Indicare obbligatoriamente l'importo che la stazione appaltante intende versare all'INAIL a titolo di intervento sostitutivo.

1942 12 14 M.L.A.
1942 12 14 M.L.A.
1942 12 14 M.L.A.
1942 12 14 M.L.A.
1942 12 14 M.L.A.

Oggetto: CONSEGNA: Fwd: MX-M700U
Mittente: posta-certificata@telecompost.it
Data: 18/06/2014 17.45
A: areacontratti@pec.amat.ta.it

Ricevuta di avvenuta consegna
Il giorno 18/06/2014 alle ore 17:45:33 (+0200) il messaggio
"Fwd: MX-M700U" proveniente da "areacontratti@pec.amat.ta.it"
ed indirizzato a: "taranto@postacert.inail.it"
è stato consegnato nella casella di destinazione.
Identificativo messaggio: BCDEC805-3B78-1741-4F91-5A862BF8C6B5@telecompost.it

—postacert.eml—

Oggetto: Fwd: MX-M700U
Mittente: PEC <areacontratti@pec.amat.ta.it>
Data: 18/06/2014 17.52
A: taranto@postacert.inail.it

Si allegano comunicazione di intervento sostitutivo nei confronti della ditta
Edil Pier per conto dell' AMAT di Taranto, nonché DURC irregolare della stessa
ditta .

Nicola Carrieri
Area Contratti AMAT

—Allegati:—

postacert.eml	163 KB
sharp_amatmail_net_20140618_153422_0350_e693e25e0027.pdf	44,7 KB
DURC Edilpier.pdf	72,3 KB
dati-cert.xml	815 bytes

EDIL PIER
Edi Marangella Angelo
Via C. Battisti, 18 - 74121 (TA)
Cell. 346 3603079
PIVA 02870610736

a saldo vs. ordine
in conto

Data

CONSEGNA

PARTIDA IVA CLIENTE

CODICE FISCALE CLIENTE

CONDIZIONI GENERALI DI VENDITA - 1. La merce viaggia a rischio e pericolo del Cliente, anche se convenuta franco a destino. - 2. Salvo patto espresso, tutti i prezzi s'intendono franco sede della ditta venditrice. - 3. Le parti convengono modalità e tempi per eventuali reclami. - 4. In caso di ritardo nel pagamento decorreranno gli interessi commerciali nella misura del saggio ufficiale di sconto aumentato di tre punti. - 5. Per qualsiasi controversia s'adrà l'Autorità Giudiziaria competente del luogo che le parti hanno convenuto. - 6. Non si rilasciano quantenze separate per il regolare saldo si prega di rimandare la fattura. Comunicati eventuali errori/omissioni relativi a Vs. dati anagrafici e fiscali. Senza Vs. comunicazioni resteranno validi quelli qui rinviati e si riterranno liberi da ogni responsabilità e sanzione. - 7. È Fatto Salvo quanto disposto dalla normativa vigente in materia ed in particolare dal D.Lgs. n. 206/2005 e dalla L. n. 40/2007.

N. SCONTRINO PAGAMENTO 20/06/14 30/06/14 11/07/14 808772215	IMPONIBILE	1.450,00
	IVA 22 %	319,00
	NON IMPONIBILE O ESENTE ART.	
	TOTALE €	1.769,00

6734C3033

Richiedente:56039072
Data Richiesta:06/08/2014
Data Spedizione:06/08/2014
Tipo Funzione:F24
Id. Flusso:14073151993293NKQW2K
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**
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV. **TA**

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE **M R N N G L 8 1 A 0 7 L 0 4 9 N** barriera in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI **MARANGELLA** **ANGELO**

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.
0 7 0 1 1 9 8 1 M TARANTO T.A.

DOMICILIO FISCALE **TARANTO** **T A** **VIA CESARE BATTISTI, 18**

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare **0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3** codice identificativo **5 1**

SEZIONE IRPEF

codice tributo	rilevazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE - IVA				
RITENUTE ALLA FONTE				
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				
TOTALE A			0,00 B	0,00
			SALDO (A-B)	

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
TOTALE C					0,00 D
					SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rilevazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE E					0,00 F
					SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Imu/Abi. unica	Abi. unica	Abi. unica	Abi. unica	Abi. unica	codice tributo	rilevazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE G										0,00 H
										SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
INAIL	34500	18927587	52	902013	P	459,76
	34500	18927587	52	902012	P	113,26
	34500	18927587	52	110008	P	12,33
TOTALE I						585,35 J
						SALDO (I-J)

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
TOTALE M					0,00 N	0,00
					SALDO (M-N)	

SALDO FINALE **EURO + 585,35**

ESTREMI DEL VERSAMENTO DA COMPLETARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

DATA		CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	☐ bancario/postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLI	☐ circolare/vaglia postale
0 8	0 8	2 0 1 4	01030	15801	

tratto / emesso su _____ cod. ABI **CAB**