

T12/16



ESERCIZIO 20 16

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 357

S. RAFFAELLE - CUNEO

VISTA IDONEITA' S.P.

**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	357	22/02/2016			€ 81,71

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

S.RAFFAELE CITTADELLA CARITA'

P.LE CITTADELLA DELLA CARITA'1

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: 01051420733

CC 03.18;21.039

DICONSI EURO: ottantuno,71

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

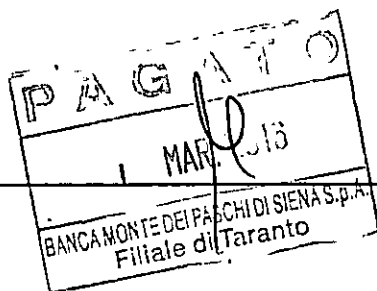
IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ACC.SANITARI A DIPENDENTE

PAGAMENTO FATTURE N.

597 MDL/2015



IMPORTO LORDO	€	81,71
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	81,71

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 81,71	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA			
63/09	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA

FILIALE 9601 TARANTO

IBAN BENEFICIARIO: IT35P0103015805000007821559

NR.SCT: 141732153 CRO: A1005487224

DATA ORDINE: 01.03.2016

TRANSACTION ID: A100548722401030481580115800IT

ORDINANTE: AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TA
VIA CESARE BATTISTI 657
TARANTO

BANCA DEST: MONTE DEI PASCHI DI SIENA
TARANTO AG. 2

BENEFICIARIO: CITTADELLA DELLA CARITA'
PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1

DT REG: 01.03.2016
IMPORTO: 81,71

NOTE: FATT 597

MANDATO NUM. 357

GRUPPO BANCARIO MONTE PASCHI SIENA - BANCA 1030.6 -GRUPPO 1030

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
 Capitale 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	357	22/02/2016			€ 81,71

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

S.RAFFAELE CITTADELLA CARITA'
 P.LE CITTADELLA DELLA CARITA'I
 74100 TARANTO (TA)
 Partita IVA: 01051420733
 CC 03.18;21.039

DICONSI EURO: ottantuno,71

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ACC.SANITARI A DIPENDENTE

PAGAMENTO FATTURE N.
 597 MDL/2015

IMPORTO LORDO	€	81,71
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	81,71

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		€ 81,71	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'	€ 0,00	
63/09			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 687
74100 TARANTO (TA)
Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

Fattura N.	Data
597 MDL / 2015	30/11/2015

15 DIC 2015

Ambe
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **23123**

del **14 DIC. 2015**

☐ AD Amministratore Delegato
☐ DG Direttore Generale
☐ DG Direttore Amministrativo
☐ DT Direttore Tecnico
☐ L.P. Appalti / Contratti
☐ UCCS Commerciale / Marketing
☐ UCR Contabilità Bilancio
☐ UES Esercizio / Sosta
☐ IG Informatica / Statistica
☐ UST Manutenzione / Tecnica
☐ USU Risorse Umane
☐ UEG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI
☐ UAG Ufficio Ragioneria
☐ UO Staff Qualità

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **novembre 2015** Dal: **2-nov-15** Al: **30-nov-15**
N.dipendenti **1**
N.Ordine

IMPONIBILE	€	79,71
	€	2,00
Totale	€	81,71

Imposta di bollo

Modalità di pagamento:
RIMESSA DIRETTA

BANCA: Monte dei Pachi di Siena
ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559 CIN:P
IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

N. RIC.	N. IVA
DATA DI REGISTR.	

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitareVi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

Imposta di bollo su originale € 2,00

N. RIC.	N. IVA 3466
DATA DI REGISTR. 18 DIC 2015	

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.





CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)
Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

Amat
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **23123**
del **14 DIC. 2015**

☐ AD Amministratore Delegato
☐ DG Direttore Generale
☐ DG Direttore Amministrativo
☐ DT Direttore Tecnico
☐ DCP Appalti / Contratti
☐ DCC Commerciale / Marketing
☐ DCF Contabilità / Bilancio
☐ DES Servizio / Sostegno
☐ DS Informatica / Statistica
☐ DMT Manutenzione / Tecnica
☐ DRD Risorse Umane
☐ DSG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI
☐ DSG Ufficio Ragioneria
☐ DQ Staff Qualità

Fattura N.	Data
597 MDL / 2015	30/11/2015

15 DIC 2015

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **novembre 2015** Dal: **2-nov-15** Al: **30-nov-15**

N.dipendenti **1**

N.Ordine

IMPONIBILE € **79,71**
€ **2,00**
Totale € 81,71

Imposta di bollo

Modalità di pagamento:

RIMESSA DIRETTA

BANCA: Monte dei Pachi di Siena
ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559 CIN:P
IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

N. RIC.	N. IVA
DATA DI REGISTR.	

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitareVi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

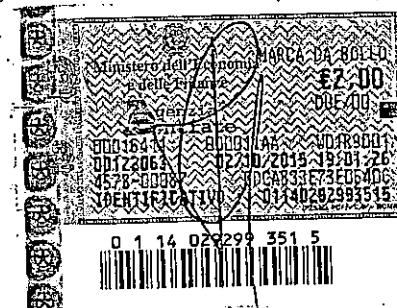
Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

Imposta di bollo su originale € 2,00

N. RIC.	N. IVA 3466
DATA DI REGISTR. 18 DIC 2015	

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.



P.le Mons. Guglielmo Motolese n. 1 • 74123 TARANTO
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250 • P.IVA 01051420733 • CF. 90014210737
cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it



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° 63 del 09

Data scadenza pagamento

30-12-15

DATA L'ADDETTO AL RISCONTRO

04 FEB. 2016

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA FIRMA

25.01.2016

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

24 DIC. 2015

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA FIRMA

23 DIC. 2015

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

25.01.2016

Firma

IL RESP. UNITA' PERSONALE

per supervisione

DATA FIRMA

25.01.2016

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 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:



CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

ELENCO DIPENDENTI

NUMERO FATTURA	597	AZIENDA	AMAT S.P.A.		
DE ANGELIS	MICHELANGELO	DNGMHL87R22H985J	18/11/2015		
Branca	Esame	Qta	Prezzo		
CARDIOLOGIA	008952 ELETTROCARDIOGRAMMA	1	12		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090045 ALANINAAMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	1	2,8		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090092 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	1	2,8		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090141 COLESTEROLO HDL	1	3,5		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090143 COLESTEROLO TOTALE	1	2,4		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090163 CREATININA [S/U/DU/LA]	1	2,4		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090235 FOSFATASI ALCALINA	1	3		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090255 GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	1	2,4		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090271 GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	1	2,2		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090432 TRIGLICERIDI	1	4		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090443 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	1	2,8		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090622 EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND, DERIV., F. L.	1	5,3		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090825 VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	1	1,81		
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	091492 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	1	2,3		
OTORINOLARINGOIATRIA	095411 ESAME AUDIOMETRICO TONALE	1	10		
RADIODIAGNOSTICA	RXRTO2RADIOGRAFIA TORACE 2 PROIEZIONI	1	20		
Totale	DE ANGELIS	MICHELANGELO	16	79,71	
Numero dipendenti	1	Totale Fattura	16	79,71	

Prot. az. n° 20.839/UP

Taranto, 12/11/2015

Spett.le
Cittadella della Carità
Quartiere Paolo VI
TARANTO

e p.c. Al medico aziendale competente
Dott. Lucianó Aprea
SEDE

OGGETTO: Incarico per accertamenti clinici per visita medica preassuntiva. Invio protocollo sanitario

A breve la scrivente Società deve procedere all'assunzione in servizio, con contratto di apprendistato professionalizzante, per l'attribuzione del profilo professionale di "Operatore qualificato", parametro 140 ex CCNL Autoferrotranvieri del 2000, il Sig. **DE ANGELIS MICHELANGELO**, nato a San Marco in Lamis il 22/10/1987.

Pertanto, lo stesso deve essere sottoposto agli accertamenti clinici necessari per l'emissione del giudizio di idoneità, come da allegato protocollo sanitario redatto al medico aziendale competente, Dott. Luciano Aprea.

Secondo gli accordi già intercorsi, il candidato in questione si presenterà presso la vostra sede il giorno 18 novembre p.v. alle ore 7:30, munito della presente e di un documento di riconoscimento in corso di validità

Distinti saluti

IL PRESIDENTE
(Dott. Francesco Walter Poggi)