

189/17



ESERCIZIO 20 17

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 14

MANIGRASSO GIUGNO

ANF. SVAZEDIBOZ. APRILE 17

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
		441	07/04/2017			400,00

IL CASSIERE

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

MANIGRASSO MASSIMO

P.I. AU 8461631 Tar 01.09.2013

0
Partita IVA: C.F.
CC 13.31.0100;

DICONSI EURO: C 400,00

PAGAMENTO: Bonifico

CON QUIETANZA DELLO STESSO

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ANTICIPO SU RENSITITA' APRILE/17

PAGAMENTO FATTURE N.

0,00



IMPORTO LORDO	400,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	400,00

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	400,00	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

VISIO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

Cognome.....**MANIGRASSO**

Nome.....**MASSIMO**

nato il **16/09/1971**

(atto n. **2198** p. **1** s. **A**)

a **Taranto (TA)**

Cittadinanza..... **Italiana**

Residenza..... **TARANTO**

Via **Via SCOGGIO DEL TONNO, n. 61 p. 2** 10

Stato civile..... **Coniugato**

Professione..... **AUTISTA**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... **1,85**

Capelli..... **CASTANI**

Occhi..... **CASTANI**

Segni particolari.....



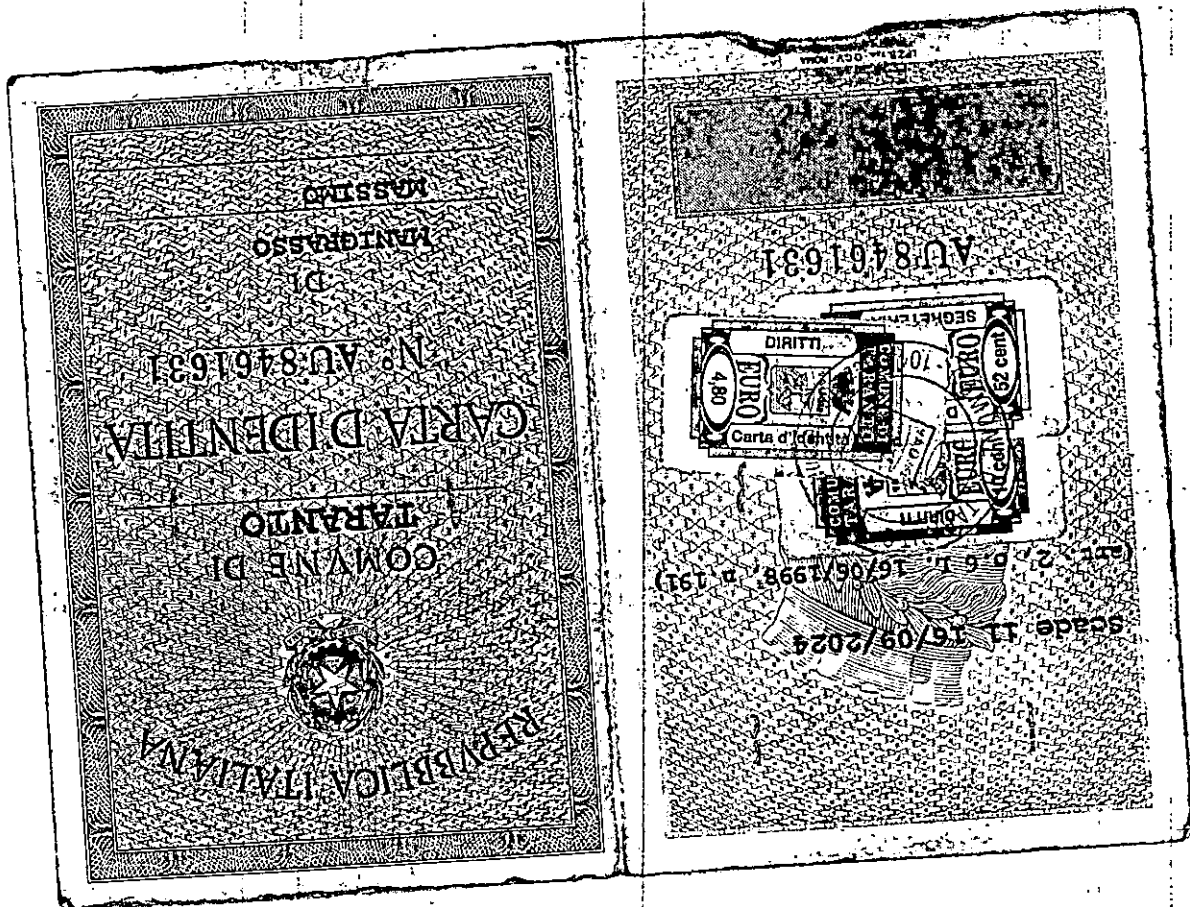
Firma del titolare *Manigrasso*
Taranto li **01/09/2014**

Impronta del dito
indice sinistro

IL SINDACO

Paolino Abile
Assistente Tecnico
ABILE Paolino





**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
		441	07/04/2017			400,00

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

MANIGRASSO MASSIMO

. ()

Partita IVA: C.F.

CC 13.31.0100;

DICONSI EURO: € 400,00

PAGAMENTO: Bonifico

CON QUIETANZA DELLO STESSO

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ANTICIPO SU MENSILITA' APRILE/17

PAGAMENTO FATTURE N.

0,00

IMPORTO LORDO	400,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	400,00

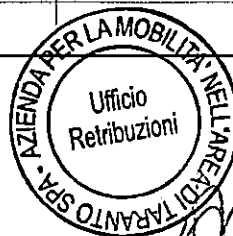
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



Taranto, 27.03.2017

OGGI NON
UTILIZZABILE

AL PRESIDENTE
AZIENDA A.M.A.T.
S E D E

Io sottoscritto MIGRANO dipendente di codesta azienda con la
qualifica di OPERAI, a seguito di sopraggiunti ed imprevisti impegni di
carattere familiare, con la presente invito la S.V. a concedermi un anticipo di stipendio di Euro
100,00 da conguagliare:

- Sulle competenze della 14^a mensilità _____.
- Sulle competenze della 13^a mensilità _____.
- Sulle retribuzioni del mese di APRILE
- Chiedo che la somma venga canalizzata sul mio conto corrente al seguente iban:

Nella certezza che la presente sarà oggetto di considerazione da parte della S.V.,
doverosamente ringrazio e porgo distinti saluti.

A.M.A.T.
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Procl. n. 5320
27 MAR. 2017

03/4/17
CRD

9.4 ghk
03/4/17

AP	Azienda Delegata	☐
DS	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
APP	Appalti / Contratti	☐
COM	Commerciale / Marketing	☐
CS	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sosta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
RU	Risorse Umane	☒
AG	Affari Gen. P.P.R. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragione	☐
STQ	Staff Qualità	☐

Luigi Amato

V. C. CAPICENZA

31/3/2017

REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale: **MNGMSM71P16L049A** Sesso: **M**

Cognome: **MANIGRASSO**

Nome: **ASSO**

Data di scadenza: **17/05/2022**

Luogo di nascita: **ARANO**

Provincia: **TA**

Data di nascita: **16/09/1971**

Dati sanitari regionali

REGIONE PUGLIA