T484

AMAT
AZIENDA PER LA MOBILITÀ NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.

ESERCIZIO 20 17

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1031

IMPS BARI

VISTO FISCALI

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

164-5

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	2017	1.031	02/08/2017			80,45

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

I.N.P.S. SEDE DI BARI

LUNGOMARE NAZARIO SAURO

70121 BARI (BA)
Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587
CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: ottanta e 45 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 885/P del 25/05/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

885/P

PAGATO
21 AGO. 2017
BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SpA
Filiale di TARANTO

IMPORTO LORDO	80,45
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	80,45

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	80,45	
	PREVISIONE		
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA' | IL DIRIGENTE AMM.VO | IL DIRETTORE | IL PRESIDENTE

Agenzia Entrate

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto

nome:

data di nascita (giorno, mese, anno):

sesso (M o F):

comune (o Stato estero) di nascita:

prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: TARANTO

prov.: T A

via e numero civico: Via Cesare Battisti 657

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

codice identificativo:

SEZIONE ERARIO

	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:

SALDO (A-B)

TOTALE 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
0900	VMCF	09000822170081172	00 0000	00 0000	80 2 5	0 0 0

SALDO (C-D)

TOTALE C 80 ,2 5 D 0 ,0 0 + 80 ,2 5

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

SALDO (E-F)

TOTALE E F

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Ravv.	immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione:

SALDO (G-H)

TOTALE 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							

SALDO (I-L)

TOTALE I L

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 N

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 80 ,2 5

ESTREMI DEL VERSAMENTO (RESERVATO ALL'AREA A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno 2 1 mese 0 8 anno 2 0 1 7	01030	15801

Pagamento presentato alla banca il 02/08/2017
Conto: G 01030 15801 000000008768
Delega Inoltrata

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

MOD. F24 - 2013 EURO

Agenzia Entrate

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto

nome:

data di nascita (giorno, mese, anno): | sesso (M o F): | comune (o Stato estero) di nascita: | prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: TARANTO | prov.: T A | via e numero civico: Via Cesare Battisti 657

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

codice identificativo:

SEZIONE ERARIO

	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

+/- SALDO (A-B)

TOTALE 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
0900	VMCF	09000822170081172	00 0000	00 0000	0 2 0	0 0 0

+/- SALDO (C-D)

TOTALE C 0,20 D 0,00 + 0,20

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- SALDO (E-F)

TOTALE E F

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE:

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione

+/- SALDO (G-H)

TOTALE 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							

+/- SALDO (I-L)

TOTALE I L

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 N

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 0,20

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
			AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno 21	mese 08	anno 2017	01030	15801

Pagamento presentato alla banca il 02/08/2017
Conto: G 01030 15801 000000008768
Delega Inoltrata

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

MOD. F24 – 2013 EURO

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
	2017	1.031	02/08/2017			80,45

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

I.N.P.S. SEDE DI BARI

LUNGOMARE NAZARIO SAURO

70121 BARI (BA)
Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587
CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: ottanta e 45 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 885/P del 25/05/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

885/P

IMPORTO LORDO	80,45
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	80,45

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	**IMPORTO LORDO**	80,45	
	PREVISIONE		
ESTREMI DELIBERA	**PROG. ORDINATIVI EMESSI**		
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA' | IL DIRIGENTE AMM.VO | IL DIRETTORE | IL PRESIDENTE

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Direzione Provinciale di
BARI
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

Identificativo VMC : **9999000822/00**
Partita IVA : **00146330733**
Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO TA

Fattura N. **885 /P** del **25.05.2017**
Richiesta di pagamento N. **811** del **25.05.2017**

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	**CECERE/VITANTONIO**	**05.05.1961**	**350886**	**10.04.2017**	**78,45**

Totale Euro	**78,45**
Bollo Euro	**2,00**
Importo da corrispondere Euro	**80,45**

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	**0900**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**09000822170081172**
Importi a debito versati	**80,45**

Il Direttore Provinciale
MISCIOSCIA FRANCESCO

Assolto per la modalità nell'area di Tesoreria
Prot. n. 9660
del 05 GIU. 2017

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 ☐
☐

N. RIC. ..... N. IVA 1139
DATA DI REGISTR. 12/06/17

INPS
Istituto Nazionale
Previdenza Sociale

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

Identificativo VMC : 9999000822/00
Partita IVA : 00146330733
Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO TA

Fattura N. 885 /P del 25.05.2017
Richiesta di pagamento N. 811 del 25.05.2017

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	CECERE/VITANTONIO	05.05.1961	350886	10.04.2017	78,45

Totale Euro	78,45
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	80,45

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	0900
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	09000822170081172
Importi a debito versati	80,45

Il Direttore Provinciale
MISCIOSCIA FRANCESCO

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 9660
del 05 GIU. 2017

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.PP. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

N. RIC. N. IVA 1139
DATA DI REGISTR. 12/06/17

V I S T I

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

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
15.06.2017	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
15.06.2017	

UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
12 GIU. 2017	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
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 RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Conferimento del ..... Prot.....

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

DATA	FIRMA

NOTE:

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Esito di Visita Medica di Controllo

Sede INPS: 090003 - PUTIGNANO

Protocollo: INPS.0900.07/04/2017.0181663

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : CCRVNT61E05E986F Cognome : CECERE Nome : VITANTONIO Sesso : M

Data Nascita : 05/05/1961 Comune di nascita : MARTINA FRANCA Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro

Visita Domiciliare n. : 350886

Data Visita : 10/04/2017 Ora Visita : 11:41:00

Data scadenza prognosi medico di controllo : 10/04/2017

Esito Visita : Visitato, incapace al lavoro

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6594
12 APR 2017
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Soste ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☑
UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐