

T207/18



ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 438.

INPS. BRIANISI

VITE FISCALI MP.

**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
	2018	438	09/03/2018			233,32

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

I.N.P.S. Sede di Brindisi

72100 ()

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: duecentotrentatrè e 32 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 1536/P del 07/12/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

1461/P, 1536/P

IMPORTO LORDO	233,32
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	233,32

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		233,32	
	PREVISIONE		
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



Direzione Provinciale di
BRINDISI

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/02**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. **1461 /P** del **07.11.2017**

Richiesta di pagamento N. **691** del **07.11.2017**

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	SAPONARA/GIUSEPPE	02.12.1964	318686	09.09.2017	86,82
2	DE CANTIS/FRANCO	22.08.1960	319072	29.09.2017	74,42

Totale Euro	161,24
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	163,24

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 -

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

Codice Sede **1600**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **16004496170069122**
Importi a debito versati **163,24**

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO

Autografo
Autografo per la richiesta di rimborso di bollo

Prot. n. **200/h6**

del **27 NOV 2017**

- AD Amministrazione Delegata ☐
- DG Direzione Generale ☐
- DA Direzione Amministrativa ☐
- DT Direzione Tecnica ☐
- UAP Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCS Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Gestione ☐
- UIS Informatica / Sistemi ☐
- UAT Assistenza / Servizi ☐
- UCL Ufficio Legale ☐
- UAG Affari Generali / Personale ☐
- UAG Ufficio Registrazione ☐
- UTG Segreteria ☐

Prot. 28 DEL 08/02/2018

FIRMA 15518 DEL 08/02/18



Direzione Provinciale di

BRINDISI

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/02**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. **1461 /P** del **07.11.2017**

Richiesta di pagamento N. **691** del **07.11.2017**

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	SAPONARA/GIUSEPPE	02.12.1964	318686	09.09.2017	86,82
2	DE CANTIS/FRANCO	22.08.1960	319072	29.09.2017	74,42

Totale Euro	161,24
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	163,24

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 -

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

Codice Sede **1600**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **16004496170069122**
Importi a debito versati **163,24**

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO

Autografo per la validazione dell'atto

Prot. n.

200/h6

del

27 NOV 2017

- AD Amministratore Delegato ☐
- DG Direzione Generale ☐
- DA Direzione Amministrativa ☐
- DT Direzione Tecnica ☐
- UAP Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCO Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Servizi ☐
- UIS Informatica / Sistemi ☐
- UIT Infrastrutture / Tecnica ☐
- UIM Impianti ☐
- UAG Affari Generali / Personale ☐
- UCG Ufficio Legale ☐
- UTC Servizi Clienti ☐

Prot. 28 DEL 08/02/2018

FIRV 15518 DEL 31/12/17

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° *Art. 24 Art.* del

Data scadenza pagamento
17-11-17

DATA *16 FEB. 2018* L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA *[firma]* FIRMA *[firma]*

UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA *08 FEB. 2018* FIRMA DEL RESPONSABILE *[firma]*

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA *09-03-18* FIRMA *[firma]*

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 *13.02.2018* FIRMA DEL RESPONSABILE *[firma]*

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA *13.02.2018* FIRMA *[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:



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Alla Sede INPS: 160001 - OSTUNI

Richiesta di Visita Medica di Controllo



Protocollo: INPS.1600.27/09/2017.0215202

Ai sensi della normativa in vigore sul controllo dello stato di salute del lavoratore in malattia, il sottoscritto: **RAFFAELE AMODIO** chiede di voler procedere a visita medica domiciliare di controllo sullo stato di salute del lavoratore sotto citato, il quale ha comunicato di essere ammalato. Il datore di lavoro con ciò si impegna a rimborsare all'INPS il costo del servizio reso dietro richiesta di pagamento da parte dell'Istituto (escluse le visite richieste nell'ambito del Polo Unico, ex d.lgs. 75/2017).

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale: 00146330733 Partita IVA: 00146330733 Matricola INPS: 7800449608
Denominazione: AMAT SPA Forma giuridica: S.P.A.

Autocertificazione ai sensi del T.U. n. 445/2000:

L'azienda richiedente INTRATTIENE rapporto con l'Istituto attraverso la produzione del DM.

L'azienda dichiara di NON ESSERE una Pubblica Amministrazione

L'azienda dichiara che per lo stesso lavoratore NON E' STATA richiesta altra visita nello stesso giorno

Indirizzo

Indirizzo: VIA CESARE BATTISTI N. 657

CAP: 74121

Comune: TARANTO

Provincia: TA

Telefono: 0997356208

E-Mail: AMAT@AMAT.TA.IT

Fax: 0997794247

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale: DCNFNC60M22F205P Cognome: DE CANTIS Nome: FRANCO Sesso: M

Data Nascita: 22/08/1960 Comune di nascita: MILANO Provincia di nascita MI

Indirizzo di residenza

Indirizzo: VIA VERGA N. 37/B

CAP: 72012

Comune: CAROVIGNO

Provincia: BR

Indirizzo di reperibilità

Indirizzo: VIA CLAUDIA N. 16

Presso: DE CANTIS

CAP: 72012

Comune: CAROVIGNO

Provincia: BR

Dettagli Indirizzo: TORRE SANTA SABINA - CAROVIGNO

Dati relativi alla visita

Il lavoratore sopra indicato ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'INPS.

Tipo Visita: Domiciliare Data Visita: 29/09/2017 Ora Visita: Pomeridiana

Data Richiesta: 27/09/2017 Ora Richiesta: 11.27

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia: 26/09/2017 Data Fine Malattia: 29/09/2017 La malattia NON E' intervenuta in un periodo di ferie.

4

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 160001 - BRINDISI

Protocollo: INPS.1600.27/09/2017.0215202

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : DE CANTIS

Nome : FRANCO

Sesso : M

DCNFNC60M22F205P

Data Nascita : 22/08/1960

Comune di nascita : MILANO

Provincia di nascita MI

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi

Visita Domiciliare n. : 319072

1^a Visita : 29/09/2017

Ora Visita : 11:03

La scadenza prognosi medico di controllo : 29/09/2017

Esito Visita : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi

Amat
Assistenza per la mobilità nell'area di Taranto

Foto n.

18075
25 OTT. 2017

- | | | |
|-----|-----------------------------|-------------------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| DD | Direttore Generale | ☐ |
| TA | Responsabile Amministrativo | ☐ |
| DT | Responsabile Tecnico | ☐ |
| AP | Appalti / Contratti | ☐ |
| CCM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| CCB | Contabile / Bilancio | ☐ |
| ES | Esercizio / Sostit | ☐ |
| IS | Informatica / Statistica | ☐ |
| PT | Progettazione / Tecnica | ☐ |
| RU | Risorse Umane | ☒ |
| SC | Ass. Con. F.P.M. SINISTRI | ☐ |
| RG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| ST | Staff Qualità | ☐ |

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 160002 - BRINDISI

Protocollo: INPS.1600.07/09/2017.0199851

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale: 00146330733

Denominazione: AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale: SPNGPP64T02L049Q Cognome: SAPONARA

Nome: GIUSEPPE

Sesso: M

Data Nascita: 02/12/1964

Comune di nascita: TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito: Visitato, incapace al lavoro

Visita Domiciliare n.: 318686

Data Visita: 09/09/2017

Ora Visita: 10:40

Data scadenza prognosi medico di controllo: 30/10/2017

Esito Visita: Visitato, incapace al lavoro

AMAT
Assunto per la mobilità nell'area di Taranto

15294
11 SET. 2017

- AS
- AD Amministratore Delegato ☐
 - AG Direttore Generale ☐
 - AM Direttore Amministrativo ☐
 - AT Direttore Tecnico ☐
 - AP Appalti e Contratti ☐
 - AC Commerciale / Marketing ☐
 - ED Contabilità e Bilancio ☐
 - ES Esercizio / Sesta ☐
 - IS Informatica / Statistica ☐
 - MT Manutenzione / Tecnica ☐
 - RU Risorse Umane ☐
 - SC Servizi e Supporto ☐
 - SG Ufficio Ragioneria ☐
 - ST Staff Qualità ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Richiesta di Visita Medica di Controllo



Alla Sede INPS: 160002 - FRANCAVILLA FONTANA

Protocollo: INPS.1600.07/09/2017.0199851

Ai sensi della normativa in vigore sul controllo dello stato di salute del lavoratore in malattia, il sottoscritto: **RAFFAELE AMODIO** chiede di voler procedere a visita medica domiciliare/ambulatoriale di controllo sullo stato di salute del lavoratore sotto citato, il quale ha comunicato di essere ammalato. Il datore di lavoro, su dichiarazione del sottoscritto, con ciò si impegna a rimborsare all'INPS il costo del servizio reso dietro richiesta di pagamento da parte dell'Istituto.

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Partita IVA : 00146330733

Matricola INPS : 7800449608

Denominazione : AMAT SPA

Forma giuridica : S.P.A.

Autocertificazione ai sensi del T.U. n. 445/2000:

L'azienda richiedente INTRATTIENE rapporto con l'Istituto attraverso la produzione del DM.

L'azienda dichiara di NON ESSERE una Pubblica Amministrazione

L'azienda dichiara che per lo stesso lavoratore NON E' STATA richiesta altra visita nello stesso giorno

Indirizzo

Indirizzo : VIA CESARE BATTISTI N. 657

CAP : 74121

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Telefono : 0997356208

E-Mail : AMAT@AMAT.TA.IT

Fax : 0997794247

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : SPNGPP64T02L049Q Cognome : SAPONARA

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

Data Nascita : 02/12/1964

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Indirizzo di residenza

Indirizzo : VIA P. COSTANTINO N. 8

CAP : 72021

Comune : FRANCAVILLA FONTANA

Provincia : BR

Dati relativi alla visita

Il lavoratore sopra indicato ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'INPS.

Tipo Visita : Domiciliare

Data Visita : 09/09/2017

Ora Visita : Antimeridiana

Data Richiesta : 07/09/2017

Ora Richiesta : 11.39

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 02/08/2017

Data Fine Malattia : 30/10/2017

La malattia NON E' intervenuta in un periodo di ferie.



Direzione Provinciale di

BRINDISI

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/02

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO TA**

Fattura N. 1536 /P del 07.12.2017

Richiesta di pagamento N. 761 del 07.12.2017

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	DE CANTIS/FRANCO	22.08.1960	320658	24.11.2017	70,08

Totale Euro	70,08
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	70,08

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

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

Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496170076193
Importi a debito versati	70,08

Il Direttore Provinciale
DOCT. MARCELLO AMODIO

Autografo per la richiesta di rimborso di Taranto

Prot. n.

21888

del

29 DIC. 2017

- AD Amministratore Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Agente / Controllo ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Contabile / Finanza ☐
- UES Esercizio / Spazio ☐
- UIS Informatica / Sistemi ☐
- UMT Manutenzione / Tecnico ☐
- URU Ricerche Unione ☐
- UAG Agenzia di P.R. / S.M. / S.T. ☐
- PAG Ufficio Pagamenti ☐
- STQ Staff Qualità ☐

Prot. 29 del 08/02/18

FIRV. 15519 del 31/12/2017

INPSIstituto Nazionale
Previdenza Sociale

Direzione Provinciale di

BRINDISI

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/02

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO TA**

Fattura N. 1536 /P del 07.12.2017

Richiesta di pagamento N. 761 del 07.12.2017

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	DE CANTIS/FRANCO	22.08.1960	320658	24.11.2017	70,08

Totale Euro	70,08
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	70,08

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

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

Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496170076193
Importi a debito versati	70,08

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO

Autografo per la richiesta dell'importo di rimborsamento

Prot. n.

21888

del

29 DIC. 2017

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCIA	Commerciale / Marketing	☐
UCS	Contabilità Finanziaria	☐
UES	Esercizio / Servizi	☐
UIS	Informatica / Sistemi	☐
UAT	Interventi / Tecnici	☐
UML	Relazioni Internazionali	☐
UAS	Affari Generali / PR / IR / Sicurezza	☐
UAG	Ufficio Legale	☐
STG	Staff Generale	☐

Prot. 29 DEL 08/02/18

FIRV. 15514 DEL 31/12/2017

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° *AV. 24/10.* del

Data scadenza pagamento

17-12-17

DATA

L'ADDETTO AL RISCONTRO

16 FEB. 2018

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA

FIRMA

[Signature]

[Signature]

UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

08 FEB. 2018

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA

FIRMA

09-03-18

[Signature]

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

13.02.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

[Signature]

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA

13.02.2018

FIRMA

[Signature]

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:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 160001 - BRINDISI

Protocollo: INPS.1600.23/11/2017.0259886

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : DE CANTIS

Nome : FRANCO

Sesso : M

DCNFNC60M22F205P

Data Nascita : 22/08/1960

Comune di nascita : MILANO

Provincia di nascita MI

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi

Visita Domiciliare n. : 320658

Data Visita : 24/11/2017

Ora Visita : 10:15

Data scadenza prognosi medico di controllo : 24/11/2017

Esito Visita : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi

AMAT
Assata per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

199/12

del 24 NOV. 2017

AD	Amministratore Delegato	☐
DS	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
DP	Responsabile / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sosta	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UMT	Mantenimento / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☒
URS	Area Con. PPRR, SINISTRI	☐
RAS	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Staff Qualità	☐



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Richiesta di Visita Medica di Controllo



Alla Sede INPS: 160001 - OSTUNI

Protocollo: INPS.1600.23/11/2017.0259886

Ai sensi della normativa in vigore sul controllo dello stato di salute del lavoratore in malattia, il sottoscritto: **RAFFAELE AMODIO** chiede di voler procedere a visita medica domiciliare di controllo sullo stato di salute del lavoratore sotto citato, il quale ha comunicato di essere ammalato. Il datore di lavoro con ciò si impegna a rimborsare all'INPS il costo del servizio reso dietro richiesta di pagamento da parte dell'Istituto (escluse le visite richieste nell'ambito del Polo Unico, ex d.lgs. 75/2017).

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Partita IVA : 00146330733

Matricola INPS : 7800449608

Denominazione : AMAT SPA

Forma giuridica : S.P.A.

Autocertificazione ai sensi del T.U. n. 445/2000:

L'azienda richiedente INTRATTIENE rapporto con l'Istituto attraverso la produzione del DM.

L'azienda dichiara di NON ESSERE una Pubblica Amministrazione

L'azienda dichiara che per lo stesso lavoratore NON E' STATA richiesta altra visita nello stesso giorno

Indirizzo

Indirizzo : VIA CESARE BATTISTI N. 657

CAP : 74121

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Telefono : 0997356208

E-Mail : AMAT@AMAT.TA.IT

Fax : 0997794247

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : DE CANTIS

Nome : FRANCO

Sesso : M

DCNFNC60M22F205P

Data Nascita : 22/08/1960

Comune di nascita : MILANO

Provincia di nascita MI

Indirizzo di residenza

Indirizzo : VIA VERGA N. 37/B

CAP : 72012

Comune : CAROVIGNO

Provincia : BR

Dati relativi alla visita

Il lavoratore sopra indicato ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'INPS.

Tipo Visita : Domiciliare

Data Visita : 24/11/2017

Ora Visita : Pomeridiana

Data Richiesta : 23/11/2017

Ora Richiesta : 8.49

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 22/11/2017 Data Fine Malattia : 24/11/2017 La malattia NON E' intervenuta in un periodo di ferie.

