

1207/18



ESERCIZIO 2018

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 439

INPS. MATERA

VISITE FISCALI MR

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	439	09/03/2018			68,80

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

I.N.P.S. - MATERA

/ ()

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: sessantotto e 80 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 904/P del 04/12/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

904/P

IMPORTO LORDO	68,80
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	68,80

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	PREVISIONE	68,80	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



Sede di

MATERA

Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/02

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

All'azienda :

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

Fattura Num. 904 /P del 04.12.2017

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. 430 del 04.12.2017

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	LATERZA / DOMENICO	26.07.1969	120137	23.11.2017	68,80

Importo Totale Euro	68,80
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	68,80

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 modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede 4700
 Causale contributo VMCF
 Codice INPS 47004496170043072
 Importi a debito versati 68,80

PROF. 24 DEC 08.02.2018
 FIRV. 15512 DEC 31/12/2017

Autore per la richiesta nell'area di lavoro
 21227

Prot. n. 15 DIC. 2017

del 15 DIC. 2017

AD Amm. Delegato ☐
 DG Direttore Generale ☐
 DA Direttore Amministrativo ☐
 DT Direttore Tecnico ☐
 UAP Appalti / Contratti ☐
 UCOM Commerciale / Marketing ☐
 UCB Contabilità Bilancio ☐
 UES Esercizio / Servizi ☐
 URS Informatica / Sistemi ☐
 UMT Manutenzione / Tecnica ☐
 URM Pagine Gialle ☐
 USAG Affari Gen. P.P.R. SINISTRA ☐
 UAG Ufficio Ragioneria ☐
 STQ Servizi Qualità ☐

Handwritten notes and a small diagram at the bottom of the page. The notes are in a cursive script, likely from the 18th or 19th century. A small diagram is visible above the text, possibly representing a mechanical part or a scientific concept. The text is arranged in several lines, with some words appearing to be part of a list or a series of observations.



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

MATERA

Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/02

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 904 /P del 04.12.2017
Richiesta di pagamento Num. 430 del 04.12.2017

Pagina 1 di 1

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	LATERZA / DOMENICO	26.07.1969	120137	23.11.2017	68,80

Importo Totale Euro	68,80
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	68,80

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 modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede	4700
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	47004496170043072
Importi a debito versati	68,80

Prot. 241 del 08.08.2018
FIRV. 15512 del 31/12/2017

Autore per la residenza nazionale di Taranto

Procl. n. 21227

15 DIC. 2017

(U)

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Servizi	☐
URS	Informatica / Statistica	☐
UMT	Manutenzione / Tecnico	☐
URU	Risorse Umane	☐
USG	Attività Gen. P.P.R. SANITARIA	☐
RAG	Ufficio Registrazione	☐
STQ	Servizi Qualità	☐

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
16 FEB. 2018

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

12.02.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA

13.02.2018

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 RAGIONERIA

verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA
08 FEB. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA

FIRMA

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: 470000 - MATERA

Protocollo: INPS.4700.23/11/2017.0122178

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : LTRDNC69L26Z133G Cognome : LATERZA

Nome : DOMENICO

Sesso : M

Data Nascita : 26/07/1969

Stato di nascita : SVIZZERA

Città di nascita CITTÀ' NASCITA SCONOSCIUTA

Dati relativi all' Esito

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

Visita Domiciliare n. : 120137

Data Visita : 23/11/2017

Ora Visita : 17:00

Data scadenza prognosi medico di controllo : 23/11/2017

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

Amat
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

del 24 NOV. 2017

ND	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
GA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
APP	Appalti / Contratti	☐
UCCM	Commerciale / Marketing	☐
UES	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sosta	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
JMT	Mantenimento / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☒
UAC	Affari Cor. PPRR, SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Staff Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Richiesta di Visita Medica di Controllo**

Alla Sede INPS: 470000 - MATERA

Protocollo: **INPS.4700.23/11/2017.0122178**

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 : LTRDNC69L26Z133G Cognome : LATERZA

Nome : DOMENICO

Sesso : M

Data Nascita : 26/07/1969

Stato di nascita : SVIZZERA

Citta' di nascita CITTA' NASCITA SCONOSCIUTA

Indirizzo di residenza

Indirizzo : CONTRADA PESCO DI IUSO S.N.

CAP : 75024

Comune : MONTESCAGLIOSO

Provincia : MT

Dati relativi alla visita

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

Tipo Visita : Domiciliare

Data Visita : 23/11/2017

Ora Visita : Pomeridiana

Data Richiesta : 23/11/2017

Ora Richiesta : 8.44

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 22/11/2017 Data Fine Malattia : 23/11/2017 La malattia NON E' intervenuta in un periodo di ferie.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE													
CODICE FISCALE		0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3						banare, in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare					
DATI ANAGRAFICI		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		TARANTO						T A		via e numero civico		Via Cesare Battisti 657	
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare								codice identificativo					
SEZIONE IERARIO													
		codice tributo		circolazione/ 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			
3100		VMCF		31004496170068063		00 0000 00 0000		58 2 6		0 0 0			
4700		VMCF		47004496170043072		00 0000 00 0000		68 8 0		0 0 0			
1600		VMCF		16004496170069122		00 0000 00 0000		163 2 4		0 0 0			
1600		VMCF		16004496170076193		00 0000 00 0000		70 0 8		0 0 0		SALDO (C-D)	
								TOTALE C		D		360 3 8	
SEZIONE REGIONI													
codice regione		codice tributo		circolazione/ 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													
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			
												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 + 360 3 8			
ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/ POSTE/ AGENTE DELLA RISCOSSIONE)													
DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE				Pagamento presentato alla banca il 09/03/2018					
giorno				AZIENDA				CAB/SPORTELLI				Conto: G 01030 15801 000000008768	
1 6 0 3 2 0 1 8				01030				15801				Delega Inoltrata	
PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA													