T619/18

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

ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1276

INPS - DA

Unità Riscaer

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	1.276	~~10~~ 07/08/2018			718,30

10/8/18

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

I.N.P.S.-Agenzia di Taranto

VIA CIRO IL GRANDE 21

00144 ROMA (RM)
Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: settecentodiciotto e 30 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 747/P del 19/03/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

518/P, 529/P, 532/P, 530/P, 528/P, 525/P, 742/P, 751/P, 748/P, 749/P, 752/P, 747/P

PAGATO
17 AGO. 2018
BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SpA
Filiale di TARANTO

IMPORTO LORDO	718,30
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	718,30

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	718,30	
	PREVISIONE		
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

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	1.276	07/08/2018			718,30

10/8/18

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

I.N.P.S.-Agenzia di Taranto

VIA CIRO IL GRANDE 21

00144 ROMA (RM)
Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: settecentodiciotto e 30 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 747/P del 19/03/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

518/P, 529/P, 532/P, 530/P, 528/P, 525/P, 742/P, 751/P, 748/P, 749/P, 752/P, 747/P

IMPORTO LORDO	718,30
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	718,30

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	**IMPORTO LORDO**	718,30	
	PREVISIONE		
ESTREMI DELIBERA	**PROG. ORDINATIVI EMESSI**		
	DISPONIBILITA'		

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

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/59**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **528 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **474** del **12.03.2018**

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	**SCIALPI / PIETRO**	**10.09.1974**	**230102**	**24.01.2018**	**57,64**

Importo Totale Euro	**57,64**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**57,64**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180047439**
Importi a debito versati	**57,64**

INV 246
30/04/18

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6259
del 04 APR. 2018

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. SINDSTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
_____ ☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/59
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : 02121151001
C.F. : 80078750587

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

Fattura Num. **528 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **474** del **12.03.2018**

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	**SCIALPI / PIETRO**	**10.09.1974**	**230102**	**24.01.2018**	**57,64**

Importo Totale Euro	**57,64**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**57,64**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180047439**
Importi a debito versati	**57,64**

246
30/04/18

Amat
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6259
del 04 APR. 2018

AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Mkt/Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
DRU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff 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° 64 del 24 Set

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
03/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
2 MAG. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
30 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08-08-2018	

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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.24/01/2018.0025109**

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : **00146330733**

Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : **SCLPTR74P10L049X** Cognome : **SCIALPI** Nome : **PIETRO** Sesso : **M**

Data Nascita : **10/09/1974** Comune di nascita : **TARANTO** Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito

Esito : **Visitato, incapace al lavoro**

Visita Domiciliare n. : **230102**

Data Visita : **24/01/2018** Ora Visita : **18:44**

Data scadenza prognosi medico di controllo : **13/02/2018**

Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro**

AmAt
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2033
30 GEN. 2018

- DT Amministratore Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- DP Direttore Operativo ☐
- DCM Commerciale / Marketing ☐
- DCB Contabilità Bilancio ☐
- DES Esercizio / Sosta ☐
- DIS Informatica / Statistica ☐
- DMT Manutenzione / Tecnica ☐
- DRU Risorse Umane ☐
- DAC Affari Con. PUBB. SINISTRI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Staff Qualità ☐
- _____ ☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/56**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **525 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **471** del **12.03.2018**

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	**CANTORO / MASSIMILIANO**	**12.01.1970**	**230097**	**24.01.2018**	**60,43**

Importo Totale Euro	**60,43**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**60,43**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180047136**
Importi a debito versati	**60,43**

Allegato parte integrante della delibera di Consiglio
6258
Prot. n. 04 APR. 2018
Cod.
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commercialis / Marketing
UCB Controllo Gestione
UES Esercizio / Sanità
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PERS. SINISTRI
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

RD Iq. IVA 247
DATA DI REGISTR. 30/04/18

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/56**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **525 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **471** del **12.03.2018**

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	**CANTORO / MASSIMILIANO**	**12.01.1970**	**230097**	**24.01.2018**	**60,43**

Importo Totale Euro	**60,43**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**60,43**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180047136**
Importi a debito versati	**60,43**

Prot. n. 6258
04 APR. 2018
dal
AD Amministratore Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Clienti
UES Esercizio / Gare
UIS Manutenzione / Sicurezza
UMT Manutenzione / Tecnica
UFU Ufficio Finanze
UAG Affari Gen. Personale Segreteria
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

247
DATA DI RICEZIONE 30/04/18

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. 26 del

Data scadenza pagamento 22-7-18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
15/5/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
2 MAG. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
30 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08-08-2018	

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: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.24/01/2018.0025065**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **CNTMSM70A12L049Z**
Cognome : **CANTORO**
Nome : **MASSIMILIANO**
Sesso : **M**
Data Nascita : **12/01/1970**
Comune di nascita : **TARANTO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**
Visita Domiciliare n. : **230097**
Data Visita : **24/01/2018**
Ora Visita : **17:19**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2033
30 GEN. 2018
da

- AD Amm.re Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Acquisti / 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 ☐
- ☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

T 619

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : **7800449608/44**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

247896

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **518 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **464** del **12.03.2018**

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	**TRIVELLI / GIOVANNA**	**01.11.1969**	**229291**	**12.01.2018**	**61,05**

Importo Totale Euro	**61,05**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,05**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180046429**
Importi a debito versati	**61,05**

Protocollo per la tenuta informatica dell'area di Taranto
Prot. n. 5966
del 28 MAR. 2018

AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalto / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sede ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
SRU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PERS. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
_____ ☐

311
DATA 04 GIU. 2018

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/44
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

247896

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : 02121151001
C.F. : 80078750587

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

Fattura Num. **518 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **464** del **12.03.2018**

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	**TRIVELLI / GIOVANNA**	01.11.1969	229291	12.01.2018	61,05

Importo Totale Euro	61,05
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	61,05

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180046429
Importi a debito versati	61,05

Prot. n. 5966
del 28 MAR. 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità / Bilancio ☐
UES Esercizio / Gestione ☐
UIS Informatica / Sistemi ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PERSR SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

311
04 GIU. 2018

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 22 del

Data scadenza pagamento 22-3-18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
12 GIU. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
12/6/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
-5 GIU. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
-5 GIU. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
04 GIU. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08 08 2018	

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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.10/01/2018.0008076**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **TRVGNN69S41L049B**
Cognome : **TRIVELLI**
Nome : **GIOVANNA**
Sesso : **F**
Data Nascita : **01/11/1969**
Comune di nascita : **TARANTO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro**
Visita Domiciliare n. : **229291**
Data Visita : **12/01/2018**
Ora Visita : **10:00**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **12/01/2018**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro**

AmAt
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 1752
25 GEN. 2018
- Amministratore Delegato ☐
- Direttore Generale ☐
- Direttore Amministrativo ☐
- Direttore Tecnico ☐
- Appalti - Contratti ☐
- Commerciale / Marketing ☐
- Contabilità Bilancio ☐
- Personale - Risorse Umane ☐
- Informatica / Statistica ☐
- Manutenzione Tecnica ☐
- Risorse Umane ☐
- Affari Generali, Legali, Sicurezza ☐
- Ufficio Regolamento ☐
- Staff Direzione ☐
- ☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/60**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

247896

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **529 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **475** del **12.03.2018**

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	**LANZILLOTTA / PAOLA**	**21.03.1963**	**230103**	**24.01.2018**	**60,43**

Importo Totale Euro	**60,43**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**60,43**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180047530**
Importi a debito versati	**60,43**

INV. 244
30/04/18

Prot. n. 6852
del 12 APR. 2018

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 / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/60
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

247896

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : 02121151001
C.F. : 80078750587

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

Fattura Num. **529 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **475** del **12.03.2018**

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	**LANZILLOTTA / PAOLA**	**21.03.1963**	**230103**	**24.01.2018**	**60,43**

Importo Totale Euro	**60,43**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**60,43**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180047530**
Importi a debito versati	**60,43**

244
30/04/18

Prot. n. 6852
del 12 APR. 2018

AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sesto ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SIMESTRE ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff 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° 47, 25 SAM del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
15/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
- 2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
- 2 MAG. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
20 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08-08-2018	

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: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.24/01/2018.0025117**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **LNZPLA63C61L049V** Cognome : **LANZILLOTTA** Nome : **PAOLA** Sesso : **F**
Data Nascita : **21/03/1963** Comune di nascita : **TARANTO** Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**
Visita Domiciliare n. : **230103**
Data Visita : **24/01/2018** Ora Visita : **17:00**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2023
30 GEN. 2018

- Amm.re Delegato ☐
- Direttore Generale ☐
- Direttore Amministrativo ☐
- Direttore Tecnico ☐
- Appalti / Contratti ☐
- Commerciale / Marketing ☐
- Contabilità Bilancio ☐
- ES Esercizio / Sosta ☐
- IS Informatica / Statistica ☐
- MT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☐
- Affari Gen. PR.RR. SINISTRI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STO Staff Qualità ☐
- ☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/63
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

247896

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **532 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **478** del **12.03.2018**

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	**ILLIANO / DEBORA**	**24.12.1972**	**230244**	**27.01.2018**	**61,36**

Importo Totale Euro	**61,36**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,36**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180047833**
Importi a debito versati	**61,36**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6851
del 12 APR. 2018

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 / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Qualità ☐
_____ ☐

PROT. 245
DATA DI REGISTRO 30/04/18

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/63
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : 02121151001
C.F. : 80078750587

247896

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

Fattura Num. **532 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **478** del **12.03.2018**

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	**ILLIANO / DEBORA**	**24.12.1972**	**230244**	**27.01.2018**	**61,36**

Importo Totale Euro	**61,36**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,36**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180047833**
Importi a debito versati	**61,36**

245
30/04/18

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6851
del 12 APR. 2018
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. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff 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° Art. 2 c Stat del

Data scadenza pagamento 22/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
2 MAG. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
30 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08-08-2018	

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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.26/01/2018.0028912**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **LLNDBR72T64L049K** Cognome : **ILLIANO** Nome : **DEBORA** Sesso : **F**
Data Nascita : **24/12/1972** Comune di nascita : **TARANTO** Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi**
Visita Domiciliare n. : **230244**
Data Visita : **27/01/2018** Ora Visita : **17:55**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **27/01/2018**
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. 2033
30 GEN. 2018
AD Amministratore Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UPP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Sosta
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAC Affari Generali / Contenzioso SINISTRI
UAG Ufficio Ragioneria
UFO Staff Qualità

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/61**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **530 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **476** del **12.03.2018**

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	**BOTTARI / GIUSEPPE**	**02.09.1963**	**230104**	**25.01.2018**	**72,16**

Importo Totale Euro	**72,16**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**72,16**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180047631**
Importi a debito versati	**72,16**

REG. N. IVA 248
DATA DI REGISTR. 30/04/18

Prot. n. 6260
del 04 APR. 2018
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
DRU Risorse Umane
UAG Affari Gen. PP.RR. Sinistri
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/61
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : 02121151001
C.F. : 80078750587

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

Fattura Num. **530 /P** del **12.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **476** del **12.03.2018**

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	**BOTTARI / GIUSEPPE**	**02.09.1963**	**230104**	**25.01.2018**	**72,16**

Importo Totale Euro	**72,16**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**72,16**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180047631**
Importi a debito versati	**72,16**

2/18
30/04/18

Arrivato per la medesima nell'area di Taranto
Prot. n. 6260
del 04 APR. 2018
AD Amm.re Delegato
DG Direttore Generale
DA Direttore Amministrativo
DT Direttore Tecnico
UAP Appalti / Contratti
UCM Commerciale / Marketing
UCB Contabilità Bilancio
UES Esercizio / Gestio
UIS Informatica / Statistica
UMT Manutenzione / Tecnica
URU Risorse Umane
UAG Affari Gen PUBB. SOMIST.RA
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff 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	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
2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
1 GIU. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
30 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08-08-2018	

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:

9 N 94 N

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. VMCD/ACCESSO
Cod. SR146

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 0682
del 29 MAG. 2018

- AD Amministratore 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
- UPS Pian.Gen. PP.RR. SINISTRI
- RAG Ufficio Ragioneria
- STQ Staff Qualità

Sede _____

ACCERTAMENTO RICHIESTO DA : _____

Verbale di Accesso per Controllo Domiciliare - Esito B

Avvertenza per il medico: per i Lavoratori del settore pubblico la fascia di reperibilità pomeridiana termina alle ore 18.00

VERBALE MEDICO LEGALE N° 203104

Datore di lavoro

DENOMINAZIONE

MATRICOLA INPS

INDIRIZZO

Lavoratore

NOME Giuseppe COGNOME Bottari

NATO/A IL GG/MM/AAAA

ABITANTE IN Via S. D'Acquisto, 9/C Taranto (Talsano) PROV. TA

DETTAGLI PRESSO

CODICE FISCALE BTTGPP63R02L049Q

TELEFONO ASL

Accesso Controllo Domiciliare Esito B

È stato effettuato l'accesso il 25-1-18 alle ore 10,00 con il seguente esito

- [x] All'indirizzo sopra indicato non ha risposto nessuno
- [ ] È assente all'indirizzo sopra indicato come da dichiarazione:
  - [ ] del familiare sotto indicato, maggiore di anni 14 _____ (cognome e nome)
  - [ ] di altra persona, maggiore di anni 14, di seguito indicata _____ (cognome e nome)
- [ ] Risulta sconosciuto all'indirizzo sopra indicato
- [ ] Altro _____

NOTE

Invito a visita medica di controllo ambulatoriale

- [ ] Impossibilità a lasciare invito
- [x] Lasciato invito a visita di controllo per il 26-1-18
  - [ ] Al Sig. _____
  - [x] Nella cassetta delle lettere

- [ ] familiare maggiore di anni 14
- [ ] portiere dello stabile
- [ ] altro _____

Matricola Medico di controllo 246

Km extra urbani percorsi 96

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/14**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

All'azienda :
SPA SOC. U AMAT
VIA BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **742 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **688** del **19.03.2018**

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	**DARCANTE / COSIMO**	**11.07.1973**	**228708**	**30.12.2017**	**52,40**

Importo Totale Euro	**52,40**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**52,40**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180068845**
Importi a debito versati	**52,40**

RIC. N. 842
DATA DI REGISTR. 27.04.18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6850
del 12 APR. 2018
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. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/14
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : 02121151001
C.F. : 80078750587

All'azienda :
SPA SOC. U AMAT
VIA BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. **742 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **688** del **19.03.2018**

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	**DARCANTE / COSIMO**	**11.07.1973**	**228708**	**30.12.2017**	**52,40**

Importo Totale Euro	**52,40**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**52,40**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180068845**
Importi a debito versati	**52,40**

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 6850
del 12 APR. 2018

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 / Tecnico ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PERR. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Qualità ☐
☐

Int. 242
27.04.18

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° Ai 25 Art del

Data scadenza pagamento
29-3-18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
06/9/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
- 1 GIU. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
27 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
28-08-2018	

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

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

NOTE:

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 9683
28 MAG. 2018
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. PORR. SINISTRI
URG Ufficio Ragioneria
SQ Staff Qualità

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. VMCD/VISITA
Cod. SR145

Sede Taranto

ACCERTAMENTO RICHIESTO DA : _____

Verbale di Visita Medica di Controllo

VERBALE MEDICO LEGALE N° 228-05

- **Datore di lavoro**
  - DENOMINAZIONE
  - MATRICOLA INPS
  - INDIRIZZO
- **Lavoratore**
  - NOME Cosimo COGNOME DARCANGELO
  - NATO/A Taranto IL GG/MM/AAAA 11.07.1973
  - ABITANTE IN Taranto PROV.
  - DETTAGLI Via S. Francesco, 58 A PRESSO
  - CODICE FISCALE DRCCSM73L11L049N
  - TELEFONO ASL

Visita Medica di Controllo Domiciliare

Io sottoscritto medico di controllo n. 301 attesto che il lavoratore sopra specificato documento d'identità:
Tipo C.I. N° AR 1424203 Rilasciato il 11.10.2012 da: Comune di Taranto
Ammalato dal 28.12.17 al 30.12.17

Lavoratore in Attualità di lavoro Ferie Senza occupazione

È stato visitato il 30.12.17 alle ore 10.30

Giudicato in condizioni di:

- **Riprendere il lavoro/il ristoro feriale il** _____
- Non poter lavorare/godere del ristoro feriale: **prognosi da oggi a tutto il** 30.12.17
- Non poter lavorare/godere del ristoro feriale: **prognosi al curante** _____

L'incapacità lavorativa è riferita come causata da:
Infortunio sul lavoro malattia professionale terzi persone giuridiche evento accidentale

Contestazione del lavoratore con contribuzione INPS per malattia:
invito a visita medica di controllo ambulatoriale per il _____ presso _____

Dissenso manifestato dal lavoratore pubblico o privato non INPS
senza richiesta di controllo ambulatoriale
con invito a visita medica di controllo ambulatoriale per il _____ presso _____

Osservazioni del lavoratore: _____

Il Lavoratore _____ Matricola Medico di controllo 301

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : **7800449608/79**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **751 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **697** del **19.03.2018**

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	**VENNERI / EGIDIO**	**27.11.1958**	**230945**	**08.02.2018**	**61,67**

Importo Totale Euro	**61,67**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,67**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180069754**
Importi a debito versati	**61,67**

254
30/04/18

AMAT
Prot. n. 715
del 16 APR. 2018
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. SINDSTRA
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/79
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **751 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **697** del **19.03.2018**

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	**VENNERI / EGIDIO**	**27.11.1958**	**230945**	**08.02.2018**	**61,67**

Importo Totale Euro	**61,67**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,67**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180069754**
Importi a debito versati	**61,67**

254
30/04/18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 715
del 16 APR. 2018
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. SINDSTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff 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° Art. 26 del

Data scadenza pagamento 27/3/19

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
15/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
2 MAG. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
30 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08-08-2018	

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: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.08/02/2018.0042836**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **VNNGDE58S27H882V**
Cognome : **VENNERI**
Nome : **EGIDIO**
Sesso : **M**
Data Nascita : **27/11/1958**
Comune di nascita : **SAN GIORGIO IONICO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi**
Visita Domiciliare n. : **230945**
Data Visita : **08/02/2018**
Ora Visita : **18:09**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **08/02/2018**
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. 2944
13 FEB 2018
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. Pers. Sinistri ☐
RAG Uffici Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod.VMC/Inf.1 elaborato il: 12/02/2018 alle ore: 14.05.36

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/72**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **748 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **694** del **19.03.2018**

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	**CHIAROFONTE / FRANCESCO**	**24.02.1965**	**230924**	**08.02.2018**	**47,36**

Importo Totale Euro	**47,36**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**47,36**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180069451**
Importi a debito versati	**47,36**

RC ... Prot. 257
Data ... 30/04/18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 7132
del 16 APR. 2018
AD Amm.re 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. SINDSTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STU Staff Qualità ☐
☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/72
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : 02121151001
C.F. : 80078750587

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

Fattura Num. **748 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **694** del **19.03.2018**

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	**CHIAROFONTE / FRANCESCO**	**24.02.1965**	**230924**	**08.02.2018**	**47,36**

Importo Totale Euro	**47,36**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**47,36**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180069451**
Importi a debito versati	**47,36**

257
30/04/18

Prot. n. 7137
del 16 APR. 2018
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 SEGRETERIA
RAC Ufficio Rappresentanza
STU Staff 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° AT 26 SAI del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
14/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
2 MAG. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
30 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08.08.2018	

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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.08/02/2018.0042778**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **CHRFNC65B24Z133J** Cognome : **CHIAROFONTE** Nome : **FRANCESCO** Sesso : **M**
Data Nascita : **24/02/1965** Stato di nascita : **SVIZZERA** Citta' di nascita **CITTA' NASCITA SCONOSCIUTA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Non ha risposto nessuno all'indirizzo**
Visita Domiciliare n. : **230924**
Data Visita : **08/02/2018** Ora Visita : **10:29**
Esito Visita : **Non ha risposto nessuno all'indirizzo**

AmAt
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 2939
Data 12 FEB. 2018
AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Scuola ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☑
UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

Mod.VMC/Inf.1 elaborato il: 12/02/2018 alle ore: 14.09.25

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/73**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **749 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **695** del **19.03.2018**

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	**COSTANTINO / GIOVANNI**	**18.10.1972**	**230925**	**08.02.2018**	**61,98**

Importo Totale Euro	**61,98**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,98**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180069552**
Importi a debito versati	**61,98**

N. 252
DATA ELETTRONICA 30/04/18

AMAT
Prot. n. 7117
del 16 APR 2018
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. SINDSTRA
RAG Ufficio Ragioneria
STQ Staff Qualità

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : 7800449608/73
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **749 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **695** del **19.03.2018**

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	**COSTANTINO / GIOVANNI**	**18.10.1972**	**230925**	**08.02.2018**	**61,98**

Importo Totale Euro	**61,98**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**61,98**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180069552**
Importi a debito versati	**61,98**

252
30/04/18

AMAT
Prot. n. 7117
del 16 APR 2018
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. SINDSTRA ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STU Staff 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° Art. 24 SM del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
15/5/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
2 MAG. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
30 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
8-08-2018	

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: **780002 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.08/02/2018.0042784**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **CSTGNN72R18L049E**
Cognome : **COSTANTINO**
Nome : **GIOVANNI**
Sesso : **M**
Data Nascita : **18/10/1972**
Comune di nascita : **TARANTO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**
Visita Domiciliare n. : **230925**
Data Visita : **08/02/2018**
Ora Visita : **17:37**
Esito Visita : **Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante**

AmAt
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 29/11
del 13 FEB. 2018
AD Amministratore 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 ☐
☐

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/80**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

All'azienda :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74122 TARANTO (TA)

Fattura Num. **752 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **698** del **19.03.2018**

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	**MAFFEI / ALESSANDRO**	**04.03.1972**	**231004**	**09.02.2018**	**69,42**

Importo Totale Euro	**69,42**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**69,42**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180069855**
Importi a debito versati	**69,42**

Num. 251
30/04/18

Prot. n. 7118
del 16 APR. 2018

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 ☐
☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/80
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : 02121151001
C.F. : 80078750587

All'azienda :
S.P.A. AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74122 TARANTO (TA)

Fattura Num. **752 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **698** del **19.03.2018**

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	**MAFFEI / ALESSANDRO**	04.03.1972	231004	09.02.2018	69,42

Importo Totale Euro	69,42
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	69,42

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180069855
Importi a debito versati	69,42

251
30/04/18

Prot. n. 7118
del 16 APR. 2018

AD Amm.re 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. PR.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff 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° Art. 24 SRT del

Data scadenza pagamento 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
16/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
2 MAG. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
30 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08.05.2018	

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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.09/02/2018.0044592**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **MFFLSN72C04L049M**
Cognome : **MAFFEI**
Nome : **ALESSANDRO**
Sesso : **M**
Data Nascita : **04/03/1972**
Comune di nascita : **TARANTO**
Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi**
Visita Domiciliare n. : **231004**
Data Visita : **09/02/2018**
Ora Visita : **18:39**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **09/02/2018**
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. 2947
Data 13 FEB. 2018
AD Amministratore 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 ☐
UFC Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐

Mod.VMC/int.1 elaborato il: 12/02/2018 alle ore: 14.11.14

Mod. Fatt.VMC-2014-1

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Matricola INPS : **7800449608/71**
Partita IVA : **00146330733**
Codice Fiscale : **00146330733**

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : **02121151001**
C.F. : **80078750587**

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

Fattura Num. **747 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **693** del **19.03.2018**

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	**RUSSO / ANTONIO**	**15.03.1975**	**230664**	**05.02.2018**	**52,40**

Importo Totale Euro	**52,40**
Importo Bollo Euro	**0,00**
Importo da corrispondere Euro	**52,40**

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	**7800**
Causale contributo	**VMCF**
Codice INPS	**78004496180069350**
Importi a debito versati	**52,40**

RC INVIA 255
DATA RICEZIONE 30/04/18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 7114
del 16 APR. 2018
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. SINDSTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐
☐

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7800449608/71
Partita IVA : 00146330733
Codice Fiscale : 00146330733

Sede di
TARANTO
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.Iva : 02121151001
C.F. : 80078750587

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

Fattura Num. **747 /P** del **19.03.2018**
Richiesta di pagamento Num. **693** del **19.03.2018**

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	**RUSSO / ANTONIO**	**15.03.1975**	**230664**	**05.02.2018**	**52,40**

Importo Totale Euro	52,40
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	52,40

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180069350
Importi a debito versati	52,40

255
30/04/18

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto
Prot. n. 7117
del 16 APR. 2018
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 ☐
☐

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 29/3/18

DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
14 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA	FIRMA
14/05/18	

UFFICIO PERSONALE
verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
2 MAG. 2018	

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA	FIRMA
2 MAG. 2018	

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	FIRMA DEL RESPONSABILE
30 APR. 2018	

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA	FIRMA
08-05-2018	

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: **780000 - TARANTO**

Protocollo: **INPS.7800.05/02/2018.0037813**

Dati relativi al datore di lavoro
Codice fiscale : **00146330733**
Denominazione : **AMAT SPA**

Dati relativi al lavoratore
Codice fiscale : **RSSNTN75C15L049A** Cognome : **RUSSO** Nome : **ANTONIO** Sesso : **M**
Data Nascita : **15/03/1975** Comune di nascita : **TARANTO** Provincia di nascita **TA**

Dati relativi all' Esito
Esito : **Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi**
Visita Domiciliare n. : **230664**
Data Visita : **05/02/2018** Ora Visita : **18:17**
Data scadenza prognosi medico di controllo : **05/02/2018**
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. 2656
08 FEB. 2018
AD Amministratore 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 ☐
UAC Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
UOG Ufficio Regolarità ☐
STO Staff Qualità ☐
☐

Mod.VMC/Inf.1 elaborato il: 08/02/2018 alle ore: 9.20.13

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

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

DATI ANAGRAFICI Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto

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	periodo di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
7800	VMCF	78004496180046429 ✓	00 0000	00 0000	61,05	0,00
7800	VMCF	78004496180047530 ✓	00 0000	00 0000	60,43	0,00
7800	VMCF	78004496180047833 ✓	00 0000	00 0000	61,36	0,00
7800	VMCF	78004496180047631 ✓	00 0000	00 0000	72,16	0,00

+/- **SALDO (C-D)** 255,00

TOTALE C 255,00 — **D** 0,00

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	periodo di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (M-N)**

TOTALE M — **N**

FIRMA

SALDO FINALE EURO + 255,010

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno 10 mese 08 anno 2018	01030	15801

Pagamento presentato alla banca il 07/08/2018
Conto: G 01030 15801 000000008768
Delega Inoltrata

MOD. F24 - 2013 EURO

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

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

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

DATI ANAGRAFICI Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto

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

DOMICILIO FISCALE 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

TOTALE A — **B** — +/- **SALDO (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
7800	VMCF	78004496180069451 ✓	00 0000	00 0000	47 3 6	0 0 0
7800	VMCF	78004496180069552 ✓	00 0000	00 0000	61 9 8	0 0 0
7800	VMCF	78004496180069855 ✓	00 0000	00 0000	69 4 2	0 0 0
7800	VMCF	78004496180069350 ✓	00 0000	00 0000	52 4 0	0 0 0

TOTALE C 231 1 6 — **D** 0 0 0 — + **SALDO (C-D)** 231 1 6

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.	fabb. 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 + 231 1 6

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

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

Pagamento presentato alla banca il 07/08/2018
Conto: G 01030 15801 000000008768
Delega Inoltrata

MOD. F24 – 2013 EURO

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

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					
			TOTALE A	**B**	

+/- **SALDO (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
7800	VMCF	78004496180047439 ✓	00 0000	00 0000	57 6 4	0 0 0
7800	VMCF	78004496180047136 ✓	00 0000	00 0000	60 4 3	0 0 0
7800	VMCF	78004496180068845 ✓	00 0000	00 0000	52 4 0	0 0 0
7800	VMCF	78004496180069754 ✓	00 0000	00 0000	61 6 7	0 0 0
				TOTALE C	232 1 4 **D**	0 0 0

+/- **SALDO (C-D)** + 232 1 4

SEZIONE REGIONI

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

+/- **SALDO (E-F)**

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	immob. Ravv.	immob. venati	immob. Acc.	immob. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
detrazione								**TOTALE G**	**H**	

+/- **SALDO (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							
					TOTALE I	**L**	

+/- **SALDO (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
					TOTALE M	**N**	

+/- **SALDO (M-N)**

FIRMA

SALDO FINALE **EURO** + 232 1 4

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE – AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
10 08 2018	01030	15801	Pagamento presentato alla banca il 07/08/2018 Conto: G 01030 15801 000000008768 Delega Inoltrata

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

MOD. F24 – 2013 EURO