

T665/18



ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1391

IMPS - BAINBISI

Visione Fisser

209



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
 Capitale 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	1.391	05/09/2018			177,94

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

I.N.P.S. Sede di Brindisi

72100 ()

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

IBAN:

DICONSI EURO: centosettantasette e 94 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 1049/P del 05/06/2018

PAGAMENTO FATTURE N.
 1050/P, 1051/P, 1049/P

PAGATO

13 SET. 2018

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SpA
 Filiale di TARANTO

IMPORTO LORDO	177,94
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	177,94

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	177,94	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	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	1.391	05/09/2018			177,94

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

I.N.P.S. Sede di Brindisi

72100 ()

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: centosettantasette e 94 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 1049/P del 05/06/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

1050/P, 1051/P, 1049/P

IMPORTO LORDO	177,94
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	177,94

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	177,94	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

INPS

Istituto Nazionale
Previdenza Sociale



Direzione Provinciale di
BRINDISI

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

23464

Matricola INPS : **7800449608/05**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

S.P.A. AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. **1050 /P** del **05.06.2018**

Richiesta di pagamento N. **792** del **05.06.2018**

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	SAPONARA/GIUSEPPE	02.12.1964	327566	26.05.2018	52,67

Totale Euro	52,67
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	52,67

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 r F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati

Codice Sede **1600**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **16004496180079234**
Importi a debito versati **52,67**

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO

Autentica per la richiesta nell'area di Taranto

Prot. n. **10793**
del **14 GIU. 2018**

riel

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commercio / Marketing	☐
UCB	Comunicazione / Ufficio	☐
UES	Esercizio / Sede	☐
UIS	Ispezione / Sanitaria	☐
UAT	Intervento / Tecnico	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Adm. Gen. PERS. SISTEMI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐

DATA DI RICEVUTA **343**
25 GIU. 2018

INPSIstituto Nazionale
Previdenza SocialeDirezione Provinciale di
BRINDISI

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/05

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda

S.P.A. AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO TA**

Fattura N. 1050 / P del 05.06.2018

Richiesta di pagamento N. 792 del 05.06.2018

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	SAPONARA/GIUSEPPE	02.12.1964	327566	26.05.2018	52,67

Totale Euro	52,67
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	52,67

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 F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati	
Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496180079234
Importi a debito versati	52,67

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO

Fascicolo per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

14 GIU. 2018

del

- AD Amministratore Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Affari / Contratti ☐
- UCM Controllo / Marketing ☐
- UCB Controllo / Bilancio ☐
- UES Esercizio / Segreteria ☐
- UIS Informatica / Sistemi ☐
- UAT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☐
- UAG Affari Gen. P.S. S.R. S.M. S.T. ☐
- RAG Ufficio Registrazione ☐
- STC Segreteria ☐

343
25 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°	del
Data scadenza pagamento	
DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
11 LUG. 2018	
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA	FIRMA
13/07/18	

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
9 LUG. 2018	
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	FIRMA
9 LUG. 2018	

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
28 GIU. 2018	
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA
05-07-2018	

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

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: 160002 - BRINDISI

Protocollo: INPS.1600.25/05/2018.0125400

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : SPNGPP64T02L049Q Cognome : SAPONARA

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

Data Nascita : 02/12/1964

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Non ha risposto nessuno all'indirizzo

Visita Domiciliare n. : 327566

Data Visita : 26/05/2018

Ora Visita : 10:37

Esito Visita : Non ha risposto nessuno all'indirizzo

AmAt
Assessorato per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

10627

del 12 GIU. 2018

- 40 Amministratore Delegato ☐
- 41 Direttore Generale ☐
- 42 Direttore Amministrativo ☐
- 43 Direttore Tecnico ☐
- 44 Appalti / Contratti ☐
- 45 Compravendite / Marketing ☐
- 46 Contabilità / Bilancio ☐
- 47 Servizi / Segreteria ☐
- 48 Informatica / Statistica ☐
- 49 Manutenzione / Tecnica ☐
- 50 Risorse Umane ☒
- 51 All. Con. PP.RR. SINISTRA ☐
- 52 Ufficio Ragionieri ☐
- 53 Staff Qualità ☐



Direzione Provinciale di

BRINDISI

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/06**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. **1051 /P** del **05.06.2018**

Richiesta di pagamento N. **793** del **05.06.2018**

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	DE CANTIS/FRANCO	22.08.1960	327683	30.05.2018	72,87

Totale Euro	72,87
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	72,87

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

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

Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496180079335
Importi a debito versati	72,87

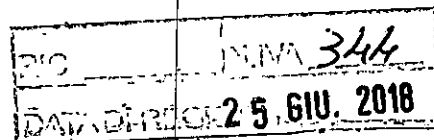
Marcello Amodio
Aree per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **10792**

del **14 GIU. 2018**

- AD Amministrazione ☐
- DG Direzione Generale ☐
- DA Direzione Amministrativa ☐
- DT Direzione Tecnica ☐
- UAP Affari e Contratti ☐
- UCM Commerciali e Marketing ☐
- UCB Commerciali e Clienti ☐
- UES Emergenza e Sicurezza ☐
- UIS Informatica e Statistica ☐
- UMT Manutenzione e Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☐
- UAG Affari Gen. P.R. S. S. S. ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Segreteria ☐

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO



INPSIstituto Nazionale
Previdenza Sociale

Direzione Provinciale di

BRINDISIP.Iva : **02121151001**C.F. : **80078750587**Matricola INPS : **7800449608/06**Partita IVA : **00146330733**Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO TA**Fattura N. **1051 / P** del **05.06.2018**Richiesta di pagamento N. **793** del **05.06.2018**

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	DE CANTIS/FRANCO	22.08.1960	327683	30.05.2018	72,87

Totale Euro	72,87
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	72,87

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

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

Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496180079335
Importi a debito versati	72,87

Anno per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

10792

del

14 GIU. 2018

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Ufficio Affari Personali	☐
UCM	Ufficio Commerciali Marketing	☐
UCB	Ufficio Commerciali Banche	☐
UES	Ufficio Esportazioni	☐
UIS	Ufficio Informatica e Statistica	☐
UMT	Ufficio Manutenzioni e Tecnica	☐
URU	Ufficio Risorse Umane	☐
UAG	Ufficio Affari Generali e Affari Esteri	☐
UAG	Ufficio Affari Generali e Affari Esteri	☐
UAG	Ufficio Affari Generali e Affari Esteri	☐
STO	Ufficio Segreteria	☐

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO**344**
25 GIU. 2018

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
9 LUG. 2018

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA

FIRMA

13/7/18

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA
28 AGO. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA

FIRMA

05-09-2018

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA

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

Conferimento del Prot.

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

DATA

FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA

9 LUG. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA

9 LUG. 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 TECNICO

verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 160001 - BRINDISI

Protocollo: INPS.1600.30/05/2018.0128056

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : DE CANTIS

Nome : FRANCO

Sesso : M

DCNFNC60M22F205P

Data Nascita : 22/08/1960

Comune di nascita : MILANO

Provincia di nascita MI

Dati relativi all' Esito

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

Visita Domiciliare n. : 327683

Data Visita : 30/05/2018

Ora Visita : 17:03

Data scadenza prognosi medico di controllo : 30/05/2018

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

AMAT
Assicurato per la malattia infortunio di TorinoPol. n. 10626del 12 GIU. 2018

AD	Amministratore Delegato	☐
DL	Direttore Generale	☐
DA	Direzione Amministrativa	☐
TE	Direzione Tecnica	☐
UP	Appalti e Contratti	☐
UCM	Commercio e Marketing	☐
URB	Contabilità Bilancio	☐
HES	Esenzioni e Sesta	☐
IS	Informatica e Statistica	☐
UTI	Manutenzione e Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☒
AGC	Adm. Gen. PP.RR. SINISTRI	☐
UDG	Ufficio Ragioneria	☐
ISO	Sist. Qualità	☐

INPSIstituto Nazionale
Previdenza Sociale

Direzione Provinciale di

BRINDISI

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/04

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda

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

Fattura N. 1049 /P del 05.06.2018

Richiesta di pagamento N. 791 del 05.06.2018

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	DI SERIO/GIANLUCA	31.03.1973	327564	26.05.2018	52,40

Totale Euro	52,40
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 r F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati

Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496180079133
Importi a debito versati	52,40

Azione per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

10791

del

14 GIU. 2018

AD	Amministrativo	☐
DO	Obiettivo	☐
DA	Dirigente Amministrativo	☐
DT	Dirigente Tecnico	☐
UAP	Agente / Contabile	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Commerciale / Vendita	☐
UES	Esercizio / Cassa	☐
US	Commerciale / Vendita	☐
UST	Manutenzione / Tecnico	☐
URU	Ricerca Umana	☐
UAG	Affili Gen. PER. SOST. SOST.	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Sist. Qualità	☐

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO

PRO	DATA
345	25 GIU. 2018

INPSIstituto Nazionale
Previdenza Sociale

Direzione Provinciale di

BRINDISI

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/04

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO TA**Fattura N. 1049 / P del 05.06.2018
Richiesta di pagamento N. 791 del 05.06.2018

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	DI SERIO/GIANLUCA	31.03.1973	327564	26.05.2018	52,40

	Totale Euro	52,40
	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 r F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati

Codice Sede	1600
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	16004496180079133
Importi a debito versati	52,40

Autore per la residenza nell'area di Taranto

Prot. n.

del 14 GIU. 2018

AD	Amministrativo Delegato	☐
DG	Gestione Generale	☐
DA	Gestione Amministrativa	☐
DT	Gestione Tecnica	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commercio / Marketing	☐
UCB	Commercio / Banche	☐
UES	Esercizio / Cassa	☐
UGS	Medicina / Sanitaria	☐
UMT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Ricerca Umana	☐
UAG	Attività Gen. / PGR, SGR, SGR	☐
UAG	Attività Registraia	☐
STG	Staff Civile	☐

Il Direttore Provinciale
DOTT. MARCELLO AMODIO345
25 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°	del
Data scadenza pagamento	
DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
1° LUG. 2018	
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA	FIRMA
13/07/18	

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
28.06.2018	
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA
05.09.2018	

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UNITA' AA.GG. E PP.RR. verifica conferimento incarico	
Conferimento del Prot.....	
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
9 LUG. 2018	
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	FIRMA
9 LUG. 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 TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 160000 - BRINDISI

Protocollo: INPS.1600.25/05/2018.0125380

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : DI SERIO

Nome : GIANLUCA

Sesso : M

DSRGLC73C31B180F

Data Nascita : 31/03/1973

Comune di nascita : BRINDISI

Provincia di nascita BR

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro

Visita Domiciliare n. : 327564

Data Visita : 26/05/2018

Ora Visita : 10:21

Data scadenza prognosi medico di controllo : 08/06/2018

Esito Visita : Visitato, incapace al lavoro

AMAT
Azienda per la sicurezza nell'area di Taranto

Fich. n.

10631

12 GIU. 2018

di

- 11 Amministratore Delegato ☐
- 12 Direttore Generale ☐
- 13 Direttore Amministrativo ☐
- 14 Direttore Tecnico ☐
- 15 Acquisti / Carichi ☐
- 16 Commerciali / Marketing ☐
- 17 Contabilità / Bilancio ☐
- 18 Esternalità / Sottit ☐
- 19 Informatica / Statistica ☐
- 20 Manutenzione / Tecnica ☐
- 21 Risorse Umane ☒
- 22 Affari Gen. PP.RR. SIS/IRI ☐
- 23 Ufficio Ragioni ☐
- 24 Staff Qualità ☐

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

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

DATI ANAGRAFICI
 cognome, denominazione o ragione sociale: **Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto**
 nome: _____
 data di nascita: _____ sesso (M o F): _____ comune (o Stato estero) di nascita: _____
 giorno mese anno
DOMICILIO FISCALE **TARANTO** **prov. TA** 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					
					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	
1600	VMCF	16004496180079234	00/0000 00/0000	52 6 7	0 0 0	
1600	VMCF	16004496180079335	00/0000 00/0000	72 8 7	0 0 0	
1600	VMCF	16004496180079133	00/0000 00/0000	52 4 0	0 0 0	
TOTALE C					D	SALDO (C-D)
					177 9 4	177 9 4

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

codice ente/ codice comune	Immob. versati	Acc. 360	numero immobile	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	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 + 177,914

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
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELO	
07 09 2018	01030	15801	05/09/2018
			Conto: G 01030 15801 000000008768
			Delega Inoltrata

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA