

T 665/18



ESERCIZIO 2018

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1393

INPS-TARANTO

VISIO REAL

**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	1.393	05/09/2018			431,79

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: quattrocentotrentuno e 79 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

• A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 1502/P del 25/06/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

1506/P, 1535/P, 1536/P, 1503/P, 1504/P, 1501/P, 1502/P



IMPORTO LORDO	431,79
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	431,79

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	CASSA	
	IMPORTO LORDO	431,79
	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	1.393	05/09/2018			431,79

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: quattrocentotrentuno e 79 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 1502/P del 25/06/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

1506/P, 1535/P, 1536/P, 1503/P, 1504/P, 1501/P, 1502/P

IMPORTO LORDO	431,79
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	431,79

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	CASSA	
	IMPORTO LORDO	431,79
	PREVISIONE	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'	

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/124

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247896

All'azienda :

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

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1506 /P del 25.06.2018

Richiesta di pagamento Num. 1191 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

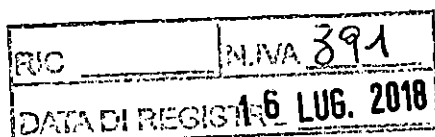
Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	CANNIZZARO / GIANCARLO	17.02.1960	236503	26.05.2018	72,21

Importo Totale Euro	72,21
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	72,21

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	78004496180119163
Importi a debito versati	72,21



Assocata per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. 12097
del 03 LUG. 2018

- AD Amm. Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- BA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Commerciale / Bilancio ☐
- UES Esercizio / Cassa ☐
- URS Informatica / Statistica ☐
- LMT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Ricerca Unione ☐
- UAG Affari Gen. PP.RR. SEMPLI ☐
- RAG Ufficio Registrazione ☐
- STQ Staff Qualità ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di
TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/124

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247896

All'azienda :

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

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1506 /P del 25.06.2018
Richiesta di pagamento Num. 1191 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	CANNIZZARO / GIANCARLO	17.02.1960	236503	26.05.2018	72,21
Importo Totale Euro					72,21
Importo Bollo Euro					0,00
Importo da corrispondere Euro					72,21

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 78004496180119163
Importi a debito versati 72,21

REG. N. 391
DATA DI REGISTRAZIONE 16 LUG. 2018

Articolato per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. 12097
del 03 LUG. 2018

AD Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
BA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Commerciale / Servizio ☐
UES Servizio / Segreteria ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UAT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Ricerche Unione ☐
UAG Affari Gen. (P.R.R. S.M.S.T.P.) ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Segreteria ☐

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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA

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

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO
verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO
verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.25/05/2018.0165991

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 :

Cognome : CANNIZZARO

Nome : GIANCARLO

Sesso : M

CNNGCR60B17L049G

Data Nascita : 17/02/1960

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, Incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 236503

Data Visita : 26/05/2018

Ora Visita : 18:40

Esito Visita : Visitato, Incapace al lavoro, prognosi al curante

Amis
Assistam per la medicina nell'area di Taranto

Prot. n.

10630
12 GIU. 2018

a)

- | | | |
|----|--------------------------|-------------------------------------|
| AD | Amministratore Delegato | ☐ |
| AS | Dirigente Generale | ☐ |
| CA | Direttore Amministrativo | ☐ |
| CT | Direttore Tecnico | ☐ |
| GP | Appalti e Contratti | ☐ |
| GM | Commerciale / Marketing | ☐ |
| GS | Contabilità Generale | ☐ |
| ES | Esercizio e Sost. | ☐ |
| IR | Informatica / Statistica | ☐ |
| MT | Manutenzione e Tecnica | ☐ |
| RU | Risorse Umane | ☒ |
| SC | Ass. Soc. PARR. SWISTRI | ☐ |
| RG | Ufficio Ragioneria | ☐ |
| ST | Staff Qualità | ☐ |



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/117

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247896

All'azienda :

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

VIA CESARE BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1502 /P del 25.06.2018

Richiesta di pagamento Num. 1187 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	RUTA / UMBERTO	03.01.1980	235575	06.05.2018	73,75

Importo Totale Euro	73,75
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	73,75

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	78004496180118759
Importi a debito versati	73,75



Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

12243

del

05 LUG 2018

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/117

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247896

All'azienda :

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

VIA CESARE BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1502 /P del 25.06.2018

Richiesta di pagamento Num. 1187 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	RUTA / UMBERTO	03.01.1980	235575	06.05.2018	73,75

Importo Totale Euro	73,75
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	73,75

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	78004496180118759
Importi a debito versati	73,75



Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

12213

del

05 LUG. 2018

- AD Amm. Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Affari / Contatti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Commerciale / Clienti ☐
- UES Estero / Sede ☐
- UIS Informatica / Sistemi ☐
- UAT Manutenzione / Servizi ☐
- URU Risorse Umane ☐
- UAG Affari Gen. F.P.S.R. SIMPSTRA ☐
- RAG Ufficio Regionale ☐
- STO Servizi Qualità ☐

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n°	del
Conv. n°	del
Determ. A.D. n°	del
Delib. C.A. n°	del
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA
2.0 LUG. 2018	
L'ADDETTO AL RISCONTRO	
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA	FIRMA
2.0 LUG. 2018	

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
13 LUG. 2018	
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	FIRMA
13 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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
11 LUG. 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 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: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.04/05/2018.0142065

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 :

Cognome : RUTA

Nome : UMBERTO

Sesso : M

RTUMRT80A03L049Q

Data Nascita : 03/01/1980

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro

Visita Domiciliare n. : 235575

Data Visita : 06/05/2018

Ora Visita : 17:17

Data scadenza prognosi medico di controllo : 27/05/2018

Esito Visita : Visitato, incapace al lavoro

ATAE
Azienda per l'occupabilità nell'area di TarantoProt. n. **8358**di **07 MAG. 2018**

- AD: Amministratore Delegato ☐
- DE: Direttore Generale ☐
- DA: Direttore Amministrativo ☐
- DI: Direttore Tecnico ☐
- AG: Agente Commerciale ☐
- MM: Commercial Marketing ☐
- CB: Contabile Bilancio ☐
- ES: Esperto Sost. ☐
- EL: Informatica / Statistica ☐
- MT: Manutenzione / Tecnica ☐
- RU: Ricerche Umane ☐
- TS: Affari Giur. / P.R. / Statistiche ☐
- MG: Ufficio Ragionieri ☐
- ST: Staff Qualità ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/116

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247896

All'azienda :

03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.
VIA CESARE BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1501 /P del 25.06.2018
Richiesta di pagamento Num. 1186 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	RUSSO / MASSIMILIANO	30.03.1970	235571	07.05.2018	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	78004496180118658
Importi a debito versati	52,40



Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

12212
65 LUG 2018

del

AD Amministrativo ☐
DG Direzione Generale ☐
DA Direzione Amministrativa ☐
DT Direzione Tecnica ☐
UAP Affari / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Commerciale / Servizio ☐
UES Esecuzioni / Segreteria ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UNIT Manutenzioni / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. / P.R. / R. / S. / T. / M. ☐
RAG Ufficio Registrazione ☐
STQ Servizi Qualità ☐



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/116

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

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

VIA CESARE BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1501 /P del 25.06.2018

Richiesta di pagamento Num. 1186 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	RUSSO / MASSIMILIANO	30.03.1970	235571	07.05.2018	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	78004496180118658
Importi a debito versati	52,40



Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

12212

del

6 5 LUG. 2018

- AD - Amm. Delegato ☐
- DG - Direttore Generale ☐
- DA - Direttore Amministrativo ☐
- DT - Direttore Tecnico ☐
- UAP - Appalti / Contratti ☐
- UCM - Commerciale / Marketing ☐
- UCB - Commerciale / Vendita ☐
- UES - Esercizio / Segreteria ☐
- UIS - Informatica / Sistemi ☐
- UNIT - Manutenzione / Tecnica ☐
- URU - Risorse Umane ☐
- UAG - Affari Gen. / PP.RR. ☐
- RAG - Ufficio Registrazione ☐
- STQ - Segretaria ☐

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 5-7-18	
DATA 20 LUG. 2018	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA 20/7/18	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA 13 LUG. 2018	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA 13 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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA 11 LUG. 2018	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA 05-09-2018	FIRMA

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

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

UFFICIO 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: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.04/05/2018.0142027

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 :

Cognome : RUSSO

Nome : MASSIMILIANO

Sesso : M

RSSMSM70C30L049H

Data Nascita : 30/03/1970

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. : 235571

Data Visita : 07/05/2018

Ora Visita : 10:01

Data scadenza prognosi medico di controllo : 09/05/2018

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

AmAr
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

8359

07 MAG. 2018

Vai

- AD Amministratore Delegato ☐
- DI Direttore Generale ☐
- CA Direttore Amministrativo ☐
- TE Direttore Tecnico ☐
- AP Appalti / Contratti ☐
- CM Commerciale / Marketing ☐
- CS Contabilità Bilancio ☐
- ES Esercizio / Sosta ☐
- IN Informatica / Statistica ☐
- UT Manutenzione / Tecnica ☐
- UR Risorse Umane ☐
- IM IMPIANTI, PP,RR, SINISTRI ☐
- RAG Ragioneria ☐
- STO Ufficio Contabilità ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/119

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247896

All'azienda :

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

Fattura Num. 1504 /P del 25.06.2018

Richiesta di pagamento Num. 1189 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

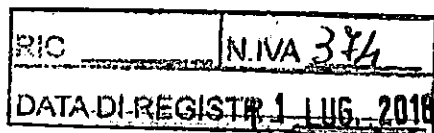
Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	CAPOZZA / GIOVANNI	05.02.1970	236217	19.05.2018	52,40

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	78004496180118951
Importi a debito versati	52,40



Asseccata per la ritenuta nell'area di Taranto

Prot. n.

12214
05 LUG. 2018

dal		
AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Assisti / Contabili	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Mensile	☐
UES	Esercizio / Cassa	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UNIT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Ricorso Unione	☐
UAG	Affari Gen. PP.RR. SIMPATIA	☐
RAG	Ufficio Registrazione	☐
STQ	Staff Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/119

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

247816

All'azienda :

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

Fattura Num. 1504 /P del 25.06.2018

Richiesta di pagamento Num. 1189 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	CAPOZZA / GIOVANNI	05.02.1970	236217	19.05.2018	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	78004496180118951
Importi a debito versati	52,40

RIC	N.IVA 384
DATA DI REGISTRAZIONE 1 LUG. 2018	

Asseccata per la verifica nell'area di Taranto

Prot. n.

12214
65 LUG. 2018

del

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commercio / Marketing	☐
UCB	Comunicazione / Ufficio	☐
UES	Esercizio / Servizi	☐
URS	Informatica / Sistemi	☐
UMT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Ricerca / Ufficio	☐
UAG	Attività Gen. PP.RR. S.M.STR.	☐
RAG	Ufficio Registrazione	☐
STO	Stato 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 20 LUG. 2018 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA 13 LUG. 2018 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA 13 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 RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 1 LUG. 2018 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA 05-09-2018 FIRMA

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:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.18/05/2018.0157699

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 : CPZGNN70B05L049T Cognome : CAPOZZA

Nome : GIOVANNI

Sesso : M

Data Nascita : 05/02/1970

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. : 236217

Data Visita : 19/05/2018

Ora Visita : 17:07

Data scadenza prognosi medico di controllo : 19/05/2018

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

AmAt
Assessorato per la mobilità nell'area di Taranto

Pia. n.

9160

Data

21 MAG. 2018

192	Amministratore Delegato	☐
193	Direttore Generale	☐
194	Direttore Amministrativo	☐
195	Direttore Tecnico	☐
197	Aspetti / Consulenti	☐
198	Commerciale / Marketing	☐
199	Contabilità Bilancio	☐
200	Esercizio / Sesta	☐
201	Informatica / Statistica	☐
202	Mantenimento / Tecnica	☐
203	Risorse Umane	☒
204	Altri Gen. PP.RR. SINISTRI	☐
205	Ufficio Ragioneria	☐
206	Staff Quantitativo	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/118

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

03 AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.**VIA CESARE BATTISTI 657****74121 TARANTO (TA)**Fattura Num. **1503 /P** del **25.06.2018**Richiesta di pagamento Num. **1188** del **25.06.2018**

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	MOTTA / DAVIDE	26.02.1981	235595	07.05.2018	65,08

Importo Totale Euro	65,08
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	65,08

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

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

Codice Sede	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180118850
Importi a debito versati	65,08

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **12211**
6-5 LUG. 2018

dal

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Assisti / Consulenti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Centrality / Servizio	☐
UES	Esercizio / Servizi	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UAT	Manutenzione / Tecnico	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Gen. P.P.R.R. S.M.P.T.M.	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐

RIC	N. IVA 377
DATA DI REGISTRAZIONE 1 LUG. 2018	

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/118

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

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

Fattura Num. 1503 /P del 25.06.2018
Richiesta di pagamento Num. 1188 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	MOTTA / DAVIDE	26.02.1981	235595	07.05.2018	65,08

Importo Totale Euro	65,08
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	65,08

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

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

Codice Sede 7800
Causale contributo VMCF
Codice INPS 78004496180118850
Importi a debito versati 65,08

Assesda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

12211
6 LUG. 2018

del

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Assenti / Contatti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Centralità Servizio	☐
UES	Esercizio / Cassa	☐
UIS	Informatica / Supporto	☐
UAT	Manutenzione / Tecnico	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Gen. P.P.R. S.M.S.T.	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Stadi Qualità	☐

RIC N.IVA 377
DATA DI REGISTRAZIONE 1 LUG. 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 20 LUG. 2018
 L'ADDETTO AL RISCONTRO

 IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

 DATA 20/07/18
 FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

 DATA 11 LUG. 2018
 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

 DATA 05-09-2018
 FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

 DATA
 FIRMA

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

Conferimento del Prot.

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

 DATA
 FIRMA

UFFICIO PERSONALE
 verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

 DATA 13 LUG. 2018
 FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

 DATA 13 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: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.07/05/2018.0142802

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 : MTTDVD81B26I449Q Cognome : MOTTA

Nome : DAVIDE

Sesso : M

Data Nascita : 26/02/1981

Comune di nascita : SARZANA

Provincia di nascita SP

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 235595

Data Visita : 07/05/2018

Ora Visita : 18:58

Esito Visita : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante

ATAA
Azienda per la mobilità nell'area di TarantoProt. n. **9053**
del **18 MAG. 2018**

AD	Amministratore Delegato	☐
CG	Direttore Generale	☐
CA	Direttore Amministrativo	☐
CT	Direttore Tecnico	☐
APP	Appalti / Contratti	☐
COM	Commerciale / Marketing	☐
CCB	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sosta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
RU	Risorse Umane	☒
AG	Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRA	☐
UG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/38

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

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

Fattura Num. 1536 /P del 25.06.2018

Richiesta di pagamento Num. 1221 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

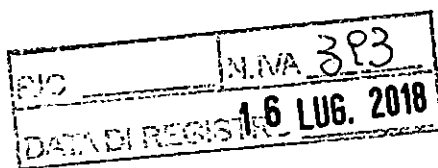
Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	SCIROCCALE / COSIMO	09.10.1961	236502	26.05.2018	52,40

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 78009253180122145
Importi a debito versati 52,40



Autocassa per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

12095

del

03 LUG. 2018

AD Amm. Delegati ☐
DG Direzione Generale ☐
DA Direzione Amministrativa ☐
DT Direzione Tecnica ☐
UAP Affari / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità / Bilancio ☐
UES Esercizio / Sala ☐
US Informatica / Statistica ☐
UNT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Ricerche Unione ☐
UAG Affari Gen. / PERS. SINTETICI ☐
RAG Ufficio Registrazione ☐
STO Segret. Qualità ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/38

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AZIENDA PER LA MOBILITA' AREA DI TARANTO S.P.A.
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)Fattura Num. **1536 / P** del **25.06.2018**
Richiesta di pagamento Num. **1221** del **25.06.2018**

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	SCIROCCALE / COSIMO	09.10.1961	236502	26.05.2018	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:

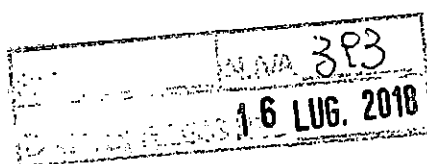
Codice Sede	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78009253180122145
Importi a debito versati	52,40

Autocopia per la richiesta dell'asse di Taranto

Prot. n.

dal **03 LUG. 2018**

- AD Amministr. Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Affari / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCS Contabilità / Bilancio ☐
- UES Esternalità / Sost. ☐
- UIS Informatica / Reti ☐
- UNIT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☐
- UAG Affari Gen. / P.P.R. / S.M. ☐
- RAG Ufficio Ragioni ☐
- STO Segr. Ufficio ☐



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
27/7/18	
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA	FIRMA
27/7/18	

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
20 LUG. 2018	
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	FIRMA
20 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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
6 LUG. 2018	
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA
03-09-2018	

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 TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.25/05/2018.0165979

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 :

Cognome : SCIROCCALE

Nome : COSIMO

Sesso : M

SCRC5M61R09L049A

Data Nascita : 09/10/1961

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. : 236502

Data Visita : 26/05/2018

Ora Visita : 18:39

Data scadenza prognosi medico di controllo : 26/05/2018

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

AmA
Amministratore delegato dell'area di Taranto

10629
12 GIU. 2018

- AD Amministratore Delegato ☐
- DS Direttore Generale ☐
- CA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- SAI Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciali / Marketing ☐
- UCB Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Sosta ☐
- IES Informatica / Statistica ☐
- MIT Manutenzione / Tecnica ☐
- URU Risorse Umane ☒
- MAC Mac. Con. PPRR, SINISTRI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STO Staff Qualità ☐



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

TARANTO

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

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7804925317/37

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1535 /P del 25.06.2018

Richiesta di pagamento Num. 1220 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

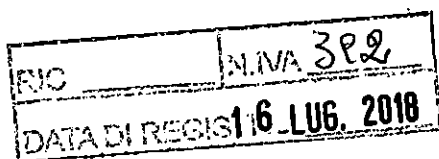
Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	NAZARO / GIUSEPPE	21.04.1963	236224	20.05.2018	63,55

Importo Totale Euro	63,55
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	63,55

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	78009253180122044
Importi a debito versati	63,55



Autore per la ripartizione nell'area di Taranto

Prod. n.

12096

dal

03 LUG. 2018

AD	Amministrazione	☐
DG	Direzione Generale	☐
DA	Direzione Amministrativa	☐
DT	Direzione Tecnica	☐
UPP	Appalti / Contratti	☐
UCR	Comunicazione / Marketing	☐
UCR	Comunicazione / Servizio	☐
UES	Protezione / Sicurezza	☐
UIS	Informatica / Sistemi	☐
UMT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Gen. / P.R.R. SINISTRA	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. Fatt.VMC-2014-1

Matricola INPS : 7804925317/37
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. 1535 /P del 25.06.2018
Richiesta di pagamento Num. 1220 del 25.06.2018

Pagina 1 di 1

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

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	NAZARO / GIUSEPPE	21.04.1963	236224	20.05.2018	63,55

Importo Totale Euro	63,55
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	63,55

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 78009253180122044
Importi a debito versati 63,55

392
16 LUG. 2018

Anno per la quale si richiede il rimborso

Prod. n. 2096
dal 03 LUG. 2018

AD Amm. Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UPP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCM Commerciale / Vendita ☐
UES Economico / Scia ☐
UIS Informatica / Software ☐
URIT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. / P.P. / P.R. ☐
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°	del
Data scadenza pagamento	
DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
27/7/18	
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA	FIRMA
27/7/18	

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
16 LUG. 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
20 LUG. 2018	
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	FIRMA
20 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: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.18/05/2018.0157910

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : NZRGPP63D21L049L Cognome : NAZARO

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

Data Nascita : 21/04/1963

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, Incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 236224

Data Visita : 20/05/2018

Ora Visita : 18:10

Esito Visita : Visitato, Incapace al lavoro, prognosi al curante

AMAT
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Proc. n.

9161

del 21 MAG. 2018

AD	Aziende Delegato	☐
EG	Direttore Generale	☐
EA	Direttore Amministrativo	☐
ET	Direttore Tecnico	☐
AP	Appalti / Contratti	☐
CM	Commerciale / Marketing	☐
CB	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sosta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☒
UAG	Affari Gen. PP.RR. SINISTRA	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Staff Qualità	☐

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

DATI ANAGRAFICI

Az. per la Mobilità nell'Area di Taranto

nome

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

DOMICILIO FISCALE

TARANTO

prov.

via e numero civico

Via Cesare Battisti 657

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

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	78004496180118850	00/0000	00/0000	65 0 8	0 0 0
7800	VMCF	78009253180122145	00/0000	00/0000	52 4 0	0 0 0
7800	VMCF	78009253180122044	00/0000	00/0000	63 5 5	0 0 0
TOTALE C					181 0 3	0 0 0
						SALDO (C-D)
						181 0 3

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
TOTALE E					
					SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Immob. versati	Acc. Sella	Immob. versati	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
TOTALE G								
								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
TOTALE I						
						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							
							SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO

181 0 3

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	05/09/2018
0 7 0 9 2 0 1 8	01030 15801	Conto: G 01030 15801 00000008768
		Delega Inoltrata

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

