



7279/19

ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 564

SANDRO MICHAELS

**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
	2019	564	18/04/2019			42,00

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

SANTORO MICHELE

LARGO SAN FRANCESCO 35

74020 MONTEMESOLA (TA)

Partita IVA: C.F. SNTMHL96L20E986F

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: quarantadue e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

POSTE ITALIANE SPA

IBAN: IT41C0760115800001029736988

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 10 del 03/04/2019

PAGAMENTO FATTURE N.

10

IMPORTO LORDO	42,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	42,00

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		42,00	
	PREVISIONE		
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

514201

12/4/19
18/4/19

**MODELLO DI RICEVUTA
PER PRESTAZIONE OCCASIONALE**

Ricevuta n. 10 data 03/04/2019

Il/la sottoscritto/a SANTORO MICHELE
nato/a a MARTINA FRANCA
il 20.07.1996 e residente a MONTERESOLA
in via LARGO SAN FRANCESCO n. 35 CAP 74020
codice fiscale SNTMHL96E20E986F

DICHIARO

di aver ricevuto dalla Società **AMAT S.p.A.**, con sede in Taranto, via Cesare Battisti, 657, CAP 74121, Partita IVA 00146330733 le somme sotto indicate a fronte di prestazioni di lavoro autonomo occasionale riguardante l'evento "Natale tra i Due Mari" a bordo dell'Adria tenutosi il 24 Novembre 2018.

compenso lordo: **50,00 €**

marca da bollo: **2,00 €**

ritenuta d'acconto 20%: **10,00 €**



Prestazione esclusa dal campo di applicazione dell'IVA ai sensi dell' art. 5 del D.P.R. n. 633/1972

Taranto, 03/04/2019

In fede

[Firma]

IT 4100760115800001029736988

Prot. 140

15/4/19

MODELLO DI RICEVUTA
PER PRESTAZIONE OCCASIONALE

Ricevuta n. 10 data 03/04/2019

Il/la sottoscritto/a SANTORO MICHELE
nato/a a MARTINA FRANCA
il 20.07.1996 e residente a MONTESOLA
in via LARGO SAN FRANCESCO n. 35 CAP 76020
codice fiscale SNTMHL96E20E986F

DICHIARO

di aver ricevuto dalla Società *AMAT S.p.A.*, con sede in Taranto, via
Cesare Battisti, 657, CAP 74121, Partita IVA 00146330733
le somme sotto indicate a fronte di prestazioni di lavoro autonomo
occasionale riguardante l'evento "Natale tra i Due Mari" a bordo
dell'Adria tenutosi il 24 Novembre 2018.

compenso lordo: 50,00 €

marca da bollo: 2,00 €

ritenuta d'acconto 20%: 10,00 €

Prestazione esclusa dal campo di applicazione dell'IVA ai sensi dell' art. 5 del
D.P.R. n. 633/1972

Taranto, 03/04/2019



In fede

[Firma]

IT 4100460115800001029136988

Prot. 140

15/4/19

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 18-01-2019	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 _____

NOTE: