

7279/19



ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 565

RETA GIOVANNI B.

**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	565	18/04/2019			42,00

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

RUTA GIOVANNI BATTISTA

VIA GAMBERO 15

74122 TARANTO (TA)

Partita IVA: C.F. RTUGNN91S21L049Z

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: quarantadue e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

POSTE ITALIANE SPA

IBAN: IT22Y0760115800001017303320

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 9 del 03/04/2019

PAGAMENTO FATTURE N.

9

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

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

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

514202
127P/19
18/4/19

**MODELLO DI RICEVUTA
PER PRESTAZIONE OCCASIONALE**

Ricevuta n. 9 data 03/04/2019

Il/la sottoscritto/a ROTA GIOVANNI BATTISTA
nato/a a TARANTO
il 21.11.1991 e residente a TARANTO
in via GAMBERO n. 15 CAP 74122
codice fiscale RTUGNN915216049E

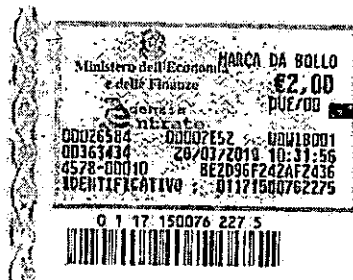
DICHIARO

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

G. B. Rota

IT 22 7076011580001017303320

Post 139
15/4/19

514202

**MODELLO DI RICEVUTA
PER PRESTAZIONE OCCASIONALE**

Ricevuta n. 9 data 03/04/2019

Il/la sottoscritto/a RUTA GIOVANNI BATTISTA
nato/a a TARANTO
il 21.11.1991 e residente a TARANTO
in via GAMBERO n. 15 CAP 74122
codice fiscale RTUGNN915216049Z

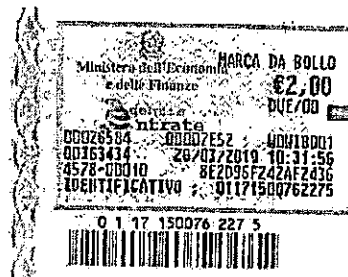
DICHIARO

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

G. B. Ruta

IT 22 Y 57 60 11 5 3 0000 10 17 3 333 20

P. 139
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	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: