

T199/19



ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 428

INPS - TARANTO

USIO FISCAL DIR.

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
	2019	428	13/03/2019			510,64

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: - cinquecentodieci e 64 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

VISITE FISCALI DIVERSE

PAGAMENTO FATTURE N.

2692/P, 2695/P, 2677/P, 2809/P

IMPORTO LORDO	510,64
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	510,64

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		510,64	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

Matricola INPS: 7800449608/004
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:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 2809 /P del 10/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 003281 del 10/12/2018

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	PUZIELLO / DANIELE	29/08/1980	242167	02/11/2018	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 78004496180328174
Importi a debito versati 52,40

IL DIRETTORE DELLA SEDE
G. CRISTIANO

Prot. n. **22938**
del **20 DIC. 2018**
PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglieri di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistico ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. P.P.R.R. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Stati Qualità ☐
MC Medico Competente ☐
RSP R.S.P.P. ☐

RIC N. IVA 555
DATA DI REG. 27 DIC. 2018

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. Fatt. VMC-2017-1

Matricola INPS: 7800449608/004
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:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 2809 /P del 10/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 003281 del 10/12/2018

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	PUZIELLO / DANIELE	29/08/1980	242167	02/11/2018	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 78004496180328174
Importi a debito versati 52,40

IL DIRETTORE DELLA SEDE
G. CRISTIANO

Prot. n. 22938
del 20 DIC. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglieri di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sost. ☐
UIS Informatica / Statistico ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Steli Qualità ☐
MC Medico Competente ☐
RSP R.S.P.P. ☐

RIC 555
DATA DI REGISTRAZIONE 27 DIC. 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

20-12-18

DATA
07 GEN. 2019

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisioneDATA
09/01/19

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA
22 DIC 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisioneDATA
11-03-2019

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
28 DIC. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisioneDATA
28 DIC. 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.7800.02/11/2018.0333991

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : PZLDNL80M29L049H Cognome : PUZIELLO

Nome : DANIELE

Sesso : M

ta Nascita : 29/08/1980

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. : 242167

Data Visita : 02/11/2018

Ora Visita : 17:14

Data scadenza prognosi medico di controllo : 02/11/2018

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

Indirizzo : VIA TRIESTE N. 6

CAP : 74121

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Prot. n.

del

06 NOV. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglieri di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Scelta ☐
UIS Informatica / Statistico ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. P.P.R.R. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff ☐
MC Medico Competente ☐
RSP R.S.P. ☐

247816

Mod. Fatt. VMC-2017-1

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Matricola INPS: 7800449608/004
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:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 2692 /P del 04/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 002721 del 04/12/2018

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	TRIVELLI / GIOVANNA	01/11/1969	241272	14/10/2018	95,93
2	FORASTIERE / MICHELE	12/08/1974	241276	14/10/2018	62,26
3	SALAMINO / ANTONIO	19/10/1961	241278	15/10/2018	41,33

Importo Totale Euro	199,52
Importo Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	201,52

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

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

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

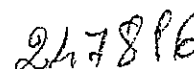
Codice Sede 7800
Causale contributo VMCF
Codice INPS 78004496180272109
Importi a debito versati 201,52

IL DIRETTORE DELLA SEDE
G. CRISTIANO

RIC NUOVA 552
DATA DI REGISTRAZIONE 27 DIC. 2018

Prot. n. 22916
del 20 DIC. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consigliere di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Amministrativo ☐
UCM Com. Marketing ☐
UCP Com. Ufficio ☐
UES Ufficio ☐
UIS Ufficio ☐
UTM Ufficio ☐
URU Ufficio ☐
UAG Ufficio ☐
RAG Ufficio ☐
STQ Ufficio ☐
MCO Ufficio ☐
RSP Ufficio ☐



Matricola INPS: 7800449608/004
Partita IVA: 00146330733
Codice Fiscale: 00146330733

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

Pagina 1 di 1

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	TRIVELLI / GIOVANNA	01/11/1969	241272	14/10/2018	95,93
2	FORASTIERE / MICHELE	12/08/1974	241276	14/10/2018	62,26
3	SALAMINO / ANTONIO	19/10/1961	241278	15/10/2018	41,33

Importo Totale Euro	199,52
Importo Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	201,52

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

Codice Sede	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496180272109
Importi a debito versati	201,52

IL DIRETTORE DELLA SEDE
G. CRISTIANO

RIC NAVA 552
DATA DI REGISTRO 12-7 DIC. 2018

Prot. n. 22914
del 20 DIC. 2018

PE 100-100000
 W 100-100000
 CA 100-100000
 CR 100-100000
 DE 100-100000
 EN 100-100000
 FR 100-100000
 GR 100-100000
 HE 100-100000
 HU 100-100000
 ID 100-100000
 IS 100-100000
 IT 100-100000
 JA 100-100000
 KO 100-100000
 LA 100-100000
 LI 100-100000
 LU 100-100000
 LV 100-100000
 MT 100-100000
 NL 100-100000
 NO 100-100000
 PL 100-100000
 PT 100-100000
 RO 100-100000
 RU 100-100000
 SK 100-100000
 SL 100-100000
 SP 100-100000
 SV 100-100000
 TR 100-100000
 UK 100-100000
 US 100-100000
 VI 100-100000
 ZH 100-100000

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
07 GEN. 2019

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
27 DIC 2018

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
28 DIC. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisioneDATA
28 DIC. 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.7800.12/10/2018.0310346

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : TRIVELLI

Nome : GIOVANNA

Sesso : F

RVGNN69S41L049B

Data Nascita : 01/11/1969

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. : 241272

Data Visita : 14/10/2018

Ora Visita : 10:01

Data scadenza prognosi medico di controllo : 14/10/2018

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

Indirizzo : VIA BRIGANTINI N. 6/2

CAP : 74122

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Prot. n. 18380del 16 OTT. 2018

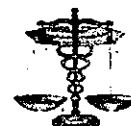
PR	Presidente	☐
VP	Vice Presidente	☐
CA	Consiglieri di Amministrazione	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sosta	☐
UIS	Informatica / Statistico	☐
UTM	Mantenimento / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Aggi. Con. PRR, MINISTRI	☐
RAG	Unità Relazioni	☐
STQ	Stat. Qualità	☐
MC	Medico Competente	☐
RSP	R.S.P.P.	☐



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.12/10/2018.0310403

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : FRSMHL74M12L049I Cognome : **FORASTIERE**

Nome : MICHELE

Sesso : M

Data Nascita : 12/08/1974

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Non ha risposto nessuno all'indirizzo

Visita Domiciliare n. : 241276

Data Visita : 14/10/2018

Ora Visita : 11:35

Data Invito : 15/10/2018

Esito Visita : Non ha risposto nessuno all'indirizzo

Indirizzo : VIA COMUNALE SAN FRANCESCO N. 807

CAP : 74020

Comune : LEPORANO

Provincia : TA

Prot. n. **18331**

del **15 OTT. 2018**

PR	Presidente	☐
VP	Vice Presidente	☐
CA	Consiglieri di Amministrazione	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Consulenza Bilancio	☐
UES	Esercizio / Società	☐
UIS	Informatica / Contabilità	☐
UTM	Mantenimento / Tecnico	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Generali / R.R. / MISURE	☐
RAG	Ufficio Ragioniere	☐
SFO	Staff Qualità	☐
MC	Modello Contabile	☐
RSP	R.S.P.P.	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780000 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.12/10/2018.0310446

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : SLMNTN61R19L049I Cognome : SALAMINO

Nome : ANTONIO

Sesso : M

Data Nascita : 19/10/1961

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Non ha risposto nessuno all'indirizzo

Visita Domiciliare n. : 241278

Data Visita : 15/10/2018

Ora Visita : 10:18

Data Invito : 16/10/2018

Esito Visita : Non ha risposto nessuno all'indirizzo

Indirizzo : VIA ATTICA, 17 - TARANTO 2

CAP : 74121

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Prot. n.

del

16 OTT. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglieri di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistico ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. P.P.R.R. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STO Staff Gestito ☐
MC Medico Competente ☐
RSP R.S.P.P. ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. Fatt. VMC-2017-1

Matricola INPS: 7800449608/002
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:
AMAT
VIA BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 2695 /P del 04/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 002724 del 04/12/2018

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:

Prq.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	BOTTARI / GIUSEPPE	02/09/1963	241920	28/10/2018	83,06
2	CARDONE / ANTONIO COSIMO	19/10/1958	241921	27/10/2018	62,01
3	COSTANTINO / GIOVANNI	18/10/1972	241923	27/10/2018	61,68

Importo Totale Euro	206,75
Importo Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	208,75

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

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

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 78004496180272402
Importi a debito versati 208,75

IL DIRETTORE DELLA SEDE
G. CRISTIANO



Prot. n. 27921
del 20 DIC. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consigliere di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
U/P Appalto ☐
UCM Com. Gestione Marketing ☐
UCP Com. Gestione ☐
UES Esercizio ☐
UIS Int. ☐
UTM Uff. Tecn. e Informatica ☐
URU Ricerche ☐
URS Uff. Rel. e Pubb. Rel. ☐
RAG Ragione Sociale ☐
SQS SQS ☐
LCO LCO ☐
RSP RSP ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. Fatt. VMC-2017-1

Matricola INPS: 7800449608/002
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:
AMAT
VIA BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 2695 /P del 04/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 002724 del 04/12/2018

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	BOTTARI / GIUSEPPE	02/09/1963	241920	28/10/2018	83,06
2	CARDONE / ANTONIO COSIMO	19/10/1958	241921	27/10/2018	62,01
3	COSTANTINO / GIOVANNI	18/10/1972	241923	27/10/2018	61,68

Importo Totale Euro	206,75
Importo Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	208,75

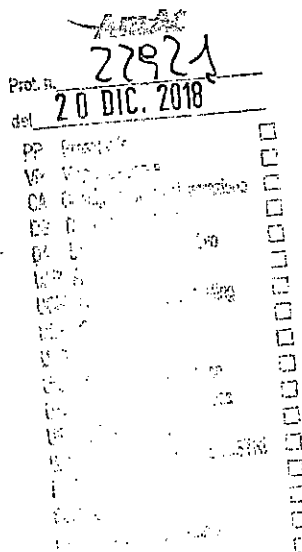
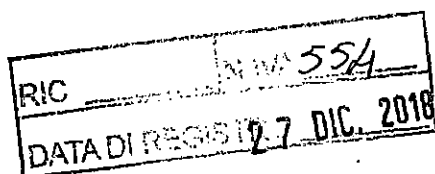
Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

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 78004496180272402
Importi a debito versati 208,75

IL DIRETTORE DELLA SEDE
G. CRISTIANO



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
07 GEN. 2019

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA FIRMA

UFFICIO RAGONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA
27 DIC. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione
DATA
14-03-2019

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
28 DIC. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione
DATA
28 DIC. 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.7800.27/10/2018.0328167

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : BTTGPP63P02L049Q Cognome : BOTTARI

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

Data Nascita : 02/09/1963

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, incapace al lavoro, prognosi al curante

Visita Domiciliare n. : 241920

Data Visita : 28/10/2018

Ora Visita : 17:01

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

Indirizzo : VIA SALVO D'ACQUISTO N. 9/C

CAP : 74122

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Prot. n. 19664
del 06 NOV. 2018

PR	Presidente	☐
VP	Vice Presidente	☐
CA	Consiglieri di Amministrazione	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità / Bilancio	☐
UES	Esercizio / Scuola	☐
UIS	Informatica / Statistico	☐
UTM	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAS	Affari Con. / PRR, SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STO	Stato Civile	☐
MC	Medico Competente	☐
RSP	R.S.P.P.	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.27/10/2018.0328168

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : CARDONE

Nome : ANTONIO COSIMO

Sesso : M

IDNNC58R19D171V

Data Nascita : 19/10/1958

Comune di nascita : CRISPIANO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

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

Visita Domiciliare n. : 241921

Data Visita : 27/10/2018

Ora Visita : 17:56

Data scadenza prognosi medico di controllo : 27/10/2018

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

Indirizzo : VIA REGINA MARGHERITA, 17

CAP : 74020

Comune : MONTEMESOLA

Provincia : TA

Prot. n. 19663
del 06 NOV. 2018

PR	Presidente	☐
VP	Vice Presidente	☐
CA	Consiglieri di Amministrazione	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Secca	☐
UIS	Informatica / Grafico	☐
UTM	Mantenimento / Tecnico	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Con. FORN. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Stat. Qualità	☐
MC	Medico Competente	☐
RSP	R.S.P.P.	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.27/10/2018.0328170

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : COSTANTINO

Nome : GIOVANNI

Sesso : M

GTGNN72R18L049E

Data Nascita : 18/10/1972

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. : 241923

Data Visita : 27/10/2018

Ora Visita : 10:32

Data scadenza prognosi medico di controllo : 27/10/2018

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

Indirizzo : VIA UNITA' D'ITALIA N. 3

CAP : 74026

Comune : PULSANO

Provincia : TA

Proz. n. **19662**
del **06 NOV. 2018**

PR	Presidente	☐
VP	Vice Presidente	☐
CA	Consiglieri di Amministrazione	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Socia	☐
UIS	Informatica / Statistico	☐
UTM	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAS	Affari Con. PP.RR. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff C.A.A.	☐
MC	Medico Competente	☐
RSP	R.S.P.P.	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. Fatt. VMC-2017-1

Matricola INPS: 7804925317/002
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:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 2677 /P del 04/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 002706 del 04/12/2018

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	MAGNESA / MARIA	26/06/1958	241277	13/10/2018	47,97

Importo Totale Euro	47,97
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	47,97

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 78009253180270635
Importi a debito versati 47,97

IL DIRETTORE DELLA SEDE
G. CRISTIANO

Prot. n. 22943
del 20 DIC. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglieri di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistico ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. P.P.R.R. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Stati Qualità ☐
MC Medico Competente ☐
RSP R.S.P.P. ☐

RIC N.IVA 553
DATA DI REGISTRO 27 DIC. 2018

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. Fatt. VMC-2017-1

Matricola INPS: 7804925317/002
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:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 2677 /P del 04/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 002706 del 04/12/2018

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	MAGNESA / MARIA	26/06/1958	241277	13/10/2018	47,97

Importo Totale Euro	47,97
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	47,97

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 78009253180270635
Importi a debito versati 47,97

IL DIRETTORE DELLA SEDE
G. CRISTIANO

Prot. n. 22943
dal 20 DIC. 2018

RIC 553
DATA DI REGISTRO 27 DIC. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglieri di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Socie ☐
UES Informatica / Statistica ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Stag. Qualità ☐
MC Medico Competente ☐
RSP R.S.P.P. ☐

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
27 GEN. 2019

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione
DATA
09/01/19

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA
27 DIC. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione
DATA
14-03-2019

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
28 DIC. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione
DATA
28 DIC. 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: 780002 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.12/10/2018.0310435

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MAGNESA

Nome : MARIA

Sesso : F

*GNMRA58H66D463S

Data Nascita : 26/06/1958

Comune di nascita : FAGGIANO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visita non espletata a motivo di fatti logistici o personali del lavoratore (ad esempio: impossibilità a reperire l'abitazione; impossibilità ad accedere al domicilio; impossibilità a lasciare invito a visita; avvenuta ripresa lavoro; lavoratore in ferie; rifiuto a farsi visitare ecc...)

Visita Domiciliare n. : 241277

Data Visita : 13/10/2018

Ora Visita : 11:30

Esito Visita : Visita non espletata a motivo di fatti logistici o personali del lavoratore (ad esempio: impossibilità a reperire l'abitazione; impossibilità ad accedere al domicilio; impossibilità a lasciare invito a visita; avvenuta ripresa lavoro; lavoratore in ferie; rifiuto a farsi visitare ecc...)

Indirizzo : VIA LAGO DI CECITA N. 14/A

CAP : 74020

Comune : FAGGIANO

Provincia : TA

Prot. n.

del 15 OTT. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglieri di Amministrazione ☐
CG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Socia ☐
UIS Informatica / Statistico ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. P.P.R.R. SINISTRI ☐
RAC Ufficio Ragioneria ☐
SPD Servizi Sociali ☐
MC Medico Competente ☐
RSP R.S. ☐

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE											
CODICE FISCALE		0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3						basse in capo 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								prov.	
data di nascita		giorno		mese		anno		sesso (M o F)		comune (o Stato estero) di nascita	
comune		prov.		via e numero civico							
DOMICILIO FISCALE		TARANTO		T A		via Cesare Battisti 657					
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare										codice identificativo	
SEZIONE IRPEF											
		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 a mm/aaaa		importi a debito versati		importi a credito compensati	
7800		VMCF		78004496180272402		00/0000 00/0000		208 7 5		0 0 0	
7800		VMCF		78004496180272109		00/0000 00/0000		201 5 2		0 0 0	
7800		VMCF		78004496180328174		00/0000 00/0000		52 4 0		0 0 0	
7800		VMCF		78009253180270635		00/0000 00/0000		47 9 7		0 0 0	
				TOTALE		C		510,6,4D		510,6,4	
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/ALTRI TRIBUTI LOCALI											
codice ente/codice comune		Immob. Vers. Acc. S. No		codice tributo		rateazione/mese rif.		importi a debito versati		importi a credito compensati	
				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	
INAIL										importi a credito compensati	
				TOTALE		I		J		SALDO (I-L)	
SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI											
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 + 510,6,4	
ESTREMI DEL VERSAMENTO											
DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE				PAGAMENTO PRESENTATO ALLA BANCA IL 13/03/2019			
giorno mese anno				AZIENDA CAB/SPORTELO				Conto: G 01030 15801 000000008768			
1 8 0 3 2 0 1 9				01030 15801				Delega Inoltrata			
PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA											

AGENZIA

PROV

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLIO	n.ro _____			
					tratto / emesso su _____			
					cod. ABI _____		CAB _____	
Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN 			firma _____					