



T279/19

ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 569

Giuliani Antonio

**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	569	18/04/2019			42,00

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

GIULIANI ANTONIO

VIA DEI PINI 5

74020 MONTEMESOLA (TA)

Partita IVA: C.F. GLNNTN89B07E205X

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: quarantadue e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

POSTE ITALIANE SPA

IBAN: IT30T0760115800001028871521

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 5 del 03/04/2019

PAGAMENTO FATTURE N.

5

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

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

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

814206

1279/19
18/4/19

**MODELLO DI RICEVUTA
PER PRESTAZIONE OCCASIONALE**

Ricevuta n. 5 data 03/04/2019

Il/la sottoscritto/a GIULIANI ANTONIO
nato/a a GROTTAGIE
il 7-02-1989 e residente a MONTESOLA
in via DEL PINI n. 5 CAP 74020
codice fiscale GLNNTN89B07E205X

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

GL. IT

PROV. N. 35

15/4/19

IT 30 T 0460 115800001028871521

814206

**MODELLO DI RICEVUTA
PER PRESTAZIONE OCCASIONALE**

Ricevuta n. 5 data 03/04/2019

Il/la sottoscritto/a GIULIANI ANTONIO
nato/a a GROTTAGIE
il 7-02-1989 e residente a MONTENESOLA
in via DEL PINI n. 5 CAP 74020
codice fiscale GLNNTN89B07E205X

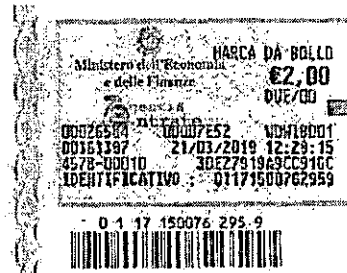
DICHIARO

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

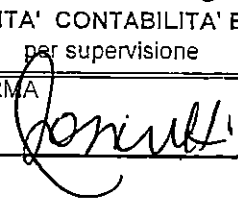
[Firma]

Prot. 135

15/4/19

IT 30 T0460 115800001028871521

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 18.06.2019	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:
