

7493/19



ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 989

1 PESERINO MARIA GRAZIA

PESERINO ORLANDO VINCENZA

2° 857/19

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	989	02/07/2019			1.836,00

IL CASSIERE

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

PELLERINO MARIAGRAZIA

C.SO VITTORIO EMANUELE II, 78

10100 TORINO (TO)

Partita IVA: 04632900017 C.F. PLLMGR58M60L219Q

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: milleottocentotrentasei e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

CASSA DI RISPARMIO DI PARMA

IBAN: IT86F0623001010000046423610

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 67/A del 10/06/2019

PAGAMENTO FATTURE N.

67/A

IMPORTO LORDO	1.836,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	1.836,00

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	1.836,00	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 1042715360 Data SDI: 10/06/2019 14:40

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
MARIAGRAZIA PELLERINO C.so Vittorio Emanuele II 78 10121 - Torino - TO - IT P.IVA: IT04632900017 Cod. Fiscale: PLLMGR58M60L219Q Regime fiscale: RF18 Altro	AMAT S.P.A. Via Cesare Battisti n. 657 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WHJP7T

7493/19
2/7/19

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Parcella	67/A	2019-06-10	EUR 2.086,00

Dettaglio linee Fattura							
Articolo	Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	Ritenuta	IVA
	INCARICO PRESIDENTE ORGANISMO DI VIGILANZA AI SENSI D. LGS. 231/01 ANNO 1_2019_2° TRIMESTRE (APRILE - GIUGNO 2019)		0				22 %
5	Onorari CGNOCODIVA 22 CGNTPROD Servizio CGNDESPROD Onorari	NR	1	1.250,00	1.250,00	SI	22 %
15	Anticipazioni_Rimborso forfettario spese_2°trimestre_come da Vostra comunicazione di designazione_protocollo 21635/UAG esente I.V.A. ai sensi art. 15 D.P.R. 633/72 CGNOCODIVA FCI CGNTPROD Servizio CGNDESPROD Anticipazioni_Rimborso forfettario	PZ	1	500,00	500,00		(N2)

52.65.0001

Dati Ritenuta			
Tipo Ritenuta	Importo Ritenuta	Aliquota Ritenuta	Causale Pagamento
Ritenuta di acconto persone fisiche	250,00	20,00 %	A

Dati Cassa Previdenziale						
Tipo Cassa	Al. Cassa	Importo Cassa	Imponibile Cassa	Al. IVA	Ritenuta	Natura
Cassa nazionale previdenza e assistenza avvocati e procuratori legali	4,00 %	50,00	1.250,00	22,00 %		

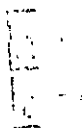
Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
I (esigibilità immediata)	22 %	1.300,00	286,00
N2 (Non soggette) Fuori campo Iva	0 %	500,00	0,00

Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2019-06-10	EUR 1.836,00	CR DIT AGRICOLE CARIPARMA S.P.A.	IT86F0623001010000046423610

Dati Trasmittente: IT12281740154 - Progressivo Invio: 5GOSF

Versione Style 2.5



199
11 GIU. 2019

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 1042715360, Data SDI: 10/06/2019 14:40

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
MARIAGRAZIA PELLERINO C.so Vittorio Emanuele II 78 10121 - Torino - TO - IT P.IVA: IT04632900017 Cod. Fiscale: PLLMGR58M60L219Q Regime fiscale: RF18 Altro	AMAT S.P.A. Via Cesare Battisti n. 657 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WHJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Parcella	67/A	2019-06-10	EUR 2.086,00

Dettaglio linee Fattura							
Articolo	Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	Ritenuta	IVA
	INCARICO PRESIDENTE ORGANISMO DI VIGILANZA AI SENSI D. LGS. 231/01 ANNO 1_2019_2° TRIMESTRE (APRILE - GIUGNO 2019)		0				22 %
5	Onorari CGNOCODIVA 22 CGNTPROD Servizio CGNDESPROD Onorari	NR	1	1.250,00	1.250,00	SI	22 %
15	Anticipazioni_Rimborso forfettario spese_2°trimestre_come da Vostra comunicazione di designazione_protocollo 21635/UAG esente I.V.A. ai sensi art. 15 D.P.R. 633/72 CGNOCODIVA FCI CGNTPROD Servizio CGNDESPROD Anticipazioni_Rimborso forfettario	PZ	1	500,00	500,00		(N2)

52.65.0001

Dati Ritenuta			
Tipo Ritenuta	Importo Ritenuta	Aliquota Ritenuta	Causale Pagamento
Ritenuta di acconto persone fisiche	250,00	20,00 %	A

Dati Cassa Previdenziale						
Tipo Cassa	Al. Cassa	Importo Cassa	Imponibile Cassa	Al. IVA	Ritenuta	Natura
Cassa nazionale previdenza e assistenza avvocati e procuratori legali	4,00 %	50,00	1.250,00	22,00 %		

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
I (esigibilità immediata)	22 %	1.300,00	286,00
N2 (Non soggette) Fuori campo Iva	0 %	500,00	0,00

Dati pagamento

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 fatture _____	
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 visto 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 _____

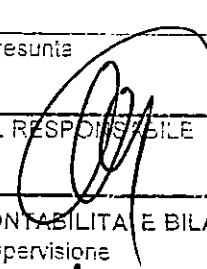
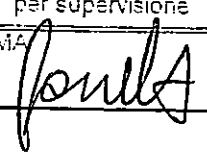
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2019-06-10	EUR 1.836,00	CR DIT AGRICOLE CARIPARMA S.P.A.	IT86F0623001010000046423610

Dati Trasmittente: IT12281740154 - Progressivo Invio: 5GOSF

Versione Style 2.5

199
11 GIU. 2019

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizioni ordine e contratto	
Contr. Rep. n° _____ del _____	
Conv. n° _____ del _____	
Delerm. 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 fatture _____	
data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA <u>17/06/2019</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE 
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>03-07-2019</u>	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 <u>deliberazioni del CDA n° 114/2018</u> Prot. _____	
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.	
DATA <u>21/06/2019</u>	FIRMA <u>Giuseppe Am</u>

UFFICIO PERSONALE verifica visto di accreditamento 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:
Pagine web dedicate su soc. Traspaire
Am
21/6

Nome e Cognome	Carica	Curriculum vitae	Atto di nomina	Durata dell'incarico	In carica	Compenso annuo per la carica (*)
Avv. Mariagrazia Pellerino	PRESIDENTE	<u>Curriculum vitae</u>	Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n° 114 del 16/11/2018	Dal giorno 01/01/2019 al 31/12/2021	SI	€ 5.000,00 - oltre IVA, oneri di legge e rimborso spese di viaggio *
Dott. Ernesto Devito	COMPONENTE	<u>Curriculum vitae</u>	Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n° 114 del 16/11/2018	Dal giorno 01/01/2019 al 31/12/2021	SI	€ 5.000,00 - oltre IVA, oneri di legge e rimborso spese di viaggio *
Dott. Diego Bernieri	COMPONENTE	<u>Curriculum vitae</u>	Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n° 114 del 16/11/2018	Dal giorno 01/01/2019 al 31/12/2021	SI	€ 5.000,00 - oltre IVA, oneri di legge e rimborso spese di viaggio *

* Rimborso spese di viaggio e soggiorno forfettario dell'importo di € 500,00 per ciascuno dei componenti, da corrispondere per un massimo di quattro volte nel corso di ogni anno di incarico, in occasione delle riunioni dell'Organismo di Vigilanza presso la sede aziendale.