

1656/23



AZIENDA PER LA MOBILITÀ NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.

ESERCIZIO 20 23

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1244

AVV. SALVATORE DE FRANCO

spese legali

KYMA MOBILITÀ

KYMA MOBILITÀ S.p.A.

Sede legale ed amministrativa: 74121 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
	2023	1.244	06/06/2023			3.794,12

IL CASSIERE

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

DE FRANCO SALVATORE

VIA PIO XII,15

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: 00034380733 C.F. DFRSVT41L24L049Z

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: tremilasettecentonovantaquattro e 12 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA

IBAN: IT21U0100515803000000000947

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. FPR 6/23 del 24/05/2023

PAGAMENTO FATTURE N.

FPR 6/23

IMPORTO LORDO	3.794,12
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	3.794,12

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

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 9706665855 Data SDI: 24/05/2023 13:07

Formato Trasmissione: FPRL2

Mittente	Destinatario
Salvatore De Franco Via Pio XI, 15 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT00034380733 Cod. Fiscale: DFRSVT41L24L049Z Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	Kyma Mobilità S.p.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	FPR 6/23 ✓	2023-05-24	EUR 4.464,80 ✓
Causale			
Kyma Mobilità S.p.A. (già Amat S.p.A.)/De Pace Nicola - giudizio presso la Corte di Cassazione (28927/2019/R.G.)			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura							
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	Ritenuta	IVA	
Competenze 52.65.0002 OK	NR	1	2.916,00	2.916,00	SI	22 %	
Spese generali 15% 52.65.0002 OK	NR	1	437,40	437,40	SI	22 %	
Anticipazioni 52.65.0002 OK	NR	1	210,00	210,00		(N1)	

Dati Ritenuta			
Tipo Ritenuta	Importo Ritenuta	Aliquota Ritenuta	Causale Pagamento
Ritenuta di acconto persone giuridiche	670,68	20 %	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 %	134,14	3.353,40	22 %		

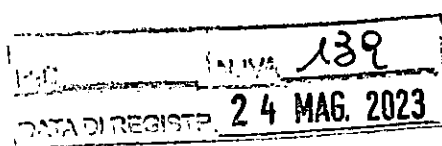
Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
	22 %	3.487,54	767,26
N1 (Escluse ex. art. 15) Escluso Art. 15 DPR 633/72	0 %	210,00	0,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2023-05-24	EUR 3.794,12	Banca Nazionale del Lavoro	IT21U0100515803000000000947

Dati Trasmittente: IT01879020517 - Progressivo Invio: 6

Versione Style 2.10.1



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 9706665855 Data SDI: 24/05/2023 13:07

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
Salvatore De Franco Via Pio XI, 15 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT00034380733 Cod. Fiscale: DFRSVT41L24L049Z Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	Kyma Mobilità S.p.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura

Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	FPR 6/23	2023-05-24	EUR 4.464,80
Causale			
Kyma Mobilità S.p.A. (già Amat S.p.A.)/De Pace Nicola - giudizio presso la Corte di Cassazione (28927/2019/R.G.)			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	Ritenuta	IVA
Competenze 52.65.0002 OK	NR	1	2.916,00	2.916,00	SI	22 %
Spese generali 15% 52.65.0001 OK	NR	1	437,40	437,40	SI	22 %
Anticipazioni 52.65.0002 OK	NR	1	210,00	210,00		(N1)

Dati Ritenuta

Tipo Ritenuta	Importo Ritenuta	Aliquota Ritenuta	Causale Pagamento
Ritenuta di acconto persone giuridiche	670,68	20 %	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 %	134,14	3.353,40	22 %		

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
------------------------	---------	------------	---------

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

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	
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:

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
	22 %	3.487,54	767,26
N1 (Escluse ex. art. 15) Escluso Art. 15 DPR 633/72	0 %	210,00	0,00

Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2023-05-24	EUR 3.794,12	Banca Nazionale del Lavoro	IT21U0100515803000000000947

Dati Trasmittente: IT01879020517 - Progressivo Invio: 6

Versione Style 2.10.1

239
24 MAG. 2023

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conv. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Determ. A.D. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td style="width: 80%;">L'ADDETTO AL RISCONTRO _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>	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 _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td style="width: 80%;">FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>	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 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 PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale																															
Data scadenza pagamento _____																															
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																														
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione																															
DATA _____	FIRMA _____																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</th> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza pagamento indicata in fattura _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza di pagamento presunta _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____ 24 MAG 2023</td> <td style="width: 80%;">FIRMA DEL RESPONSABILE _____ <i>[Signature]</i></td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____ 07-06-2023</td> <td>FIRMA _____ <i>[Signature]</i></td> </tr> </table>	UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili		data scadenza pagamento indicata in fattura _____		data scadenza di pagamento presunta _____		DATA _____ 24 MAG 2023	FIRMA DEL RESPONSABILE _____ <i>[Signature]</i>	IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione		DATA _____ 07-06-2023	FIRMA _____ <i>[Signature]</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td style="width: 80%;">FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table>	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 RAGIONERIA verifica dati contabili																															
data scadenza pagamento indicata in fattura _____																															
data scadenza di pagamento presunta _____																															
DATA _____ 24 MAG 2023	FIRMA DEL RESPONSABILE _____ <i>[Signature]</i>																														
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione																															
DATA _____ 07-06-2023	FIRMA _____ <i>[Signature]</i>																														
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 _____																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td style="width: 80%;">FIRMA _____</td> </tr> </table>	IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici		Data scadenza pagamento _____		DATA _____	FIRMA _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td style="width: 80%;">FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table>	UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori		Data scadenza pagamento _____		DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____	IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione		DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____														
IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici																															
Data scadenza pagamento _____																															
DATA _____	FIRMA _____																														
UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori																															
Data scadenza pagamento _____																															
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																														
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione																															
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferimento del 6/23 Prot. 21/04/2020</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____ 25.05.2023</td> <td style="width: 80%;">FIRMA _____ <i>[Signature]</i></td> </tr> </table>	UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico		Conferimento del 6/23 Prot. 21/04/2020		IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.		DATA _____ 25.05.2023	FIRMA _____ <i>[Signature]</i>	NOTE: Rp. 653 (ex ovello 06/06/23) ✓ DMO 25/5																						
UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico																															
Conferimento del 6/23 Prot. 21/04/2020																															
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.																															
DATA _____ 25.05.2023	FIRMA _____ <i>[Signature]</i>																														



UAG

Egr. Avv.to Salvatore De Franco
Via Pio XII, 15
74121 TARANTO

Oggetto: Conferimento incarico – Ricorso per Cassazione – De Pace Nicola c/AMAT S.p.A.

Con la presente, ai sensi dell'art. 24 dello Statuto Societario dell'AMAT S.p.A. si conferisce incarico di rappresentare la Società nel ricorso in oggetto avverso la sentenza della Corte di Appello n. 290/2019 pubblicata il 24 luglio 2019.

Il corrispettivo in suo favore per l'espletamento dell'attività prestata sarà stabilito in relazione al preventivo di spesa del 04/11/2019 (€ 2.916,00 – oltre spese vive, spese forfettarie, IVA e CAP).

Ai fini dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, di cui all'art. 15 del D. Lgs. n. 33/2013, cui l'Azienda è tenuta, così come definitivamente stabilito dalla determinazione ANAC n. 8 del 17/06/2015, la S.V. è invitata a produrre:

- 1) curriculum Vitae (in formato europeo);
- 2) i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolari o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali (nella forma di autocertificazione secondo il modulo in copia alla presente);
- 3) copia della polizza assicurativa professionale.

Si prega, altresì, di valutare il rischio di soccombenza con riferimento ai seguenti parametri: remoto, possibile, probabile. Se resi in occasione di precedenti incarichi, non dovranno essere nuovamente prodotti i dati di cui ai punti 1 e 3 a meno che non sia intervenuto un aggiornamento degli stessi.

A disposizione per ogni informazione e chiarimento sui termini della questione, Le porgo i migliori saluti.

IL PRESIDENTE
(Avv. Giorgia Gira)

Allegati: Modulo autocertificazione.