

# K

1 904

## KYMA MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 23

# ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 2352

BCC LEASING

Ris

# 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      | 2.354         | 20/10/2023 |           |           | 36.476,05          |

### IL CASSIERE

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

BCC LEASING S.p.A.

VIA LUCREZIA ROMANA, 41/47

00178 ROMA (RM)

Partita IVA: 15240741007 C.F. 02820100580

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: trentaseimilaquattrocentosettantasei e 05 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

ADDEBITO MPS

IBAN:

### CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. FTG82221G del 08/08/2023

PAGAMENTO FATTURE N.

BCC LEASING ASG37617G, FTG82222G, FTG82221G

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| IMPORTO LORDO   | 36.476,05 |
| TOTALE RITENUTE | 0,00      |
| IMPORTO         | 36.476,05 |

|                                       |                         | CASSA     | CASSA |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------|-------|
| RISULTANZE<br>DELLA GESTIONE DI CASSA | IMPORTO LORDO           | 36.476,05 |       |
|                                       | PREVISIONE              |           |       |
|                                       | PROG. ORDINATIVI EMESSI |           |       |
| ESTREMI DELIBERA                      |                         |           |       |
|                                       | DISPONIBILITA'          |           |       |

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

BCC Leasing S.p.A. - Società con socio unico soggetta ad attività di direzione e coordinamento da parte di Iccrea Banca S.p.A. capogruppo del Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea.  
Sede legale e Direzione Generale:  
via Lucrezia Romana 41/47, 00178 Roma  
T +39 06 72071 F +39 06 7207 8409 Numero verde 800-525454  
Info@leasing.bcc.it www.bccleasing.it

Capitale Sociale Euro 444.765.277,70 i.v. C.F. 02820100580. Iscritta al Reg. delle Imprese di Roma - R.E.A. n.417224. Società partecipante al Gruppo IVA Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea, Partita IVA 15240741007. Iscritta all'albo delle banche n. 5405 - Cod ABI n. 3123.  
Iscritta all'Elenco degli Intermediari Assicurativi Sezione D n. D000233765.  
Aderente al Fondo di Garanzia dei Depositanti del Credito Cooperativo, al Tutela dei Depositi.

**Servizio Assistenza Clienti**

Un unico interlocutore al  
Numero Verde 800-525454  
per ottenere informazioni su:

- Aspetti contrattuali
- Conferenza Agevolativa e fiscale
- Informazioni sui prodotti
- Promozioni
- Variazioni Dati Contrattuali
- Dettagli fatture
- Altro

**Servizio Assicurazioni ed Assistenza sinistri**

A sua completa disposizione  
si verifica di un sinistro,  
si attiverà per tutti i passi  
successivi al fine di  
semplificare e velocizzare  
la gestione delle pratiche  
assicurative

Tel. 800-525454



ID: V4SI2L  
DCOPI0457

CP Ban - PMS1  
474578-9882956 - 0005/0357

RIF. 1971021/0000

**KYMA MOBILITA' S P A**  
**VIA CESARE BATTISTI 657**  
**74121 TARANTO TA**

**Avviso di scadenza ASG37617G**

|                |            |
|----------------|------------|
| Data Emissione | 08/08/2023 |
| Scadenza       | 01/09/2023 |
| Totale         | 1.248,50   |

**Cliente**

|                  |                                                                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Denominazione    | KYMA MOBILITA' S P A                                                                               |
| C. Fiscale/P.IVA | IT 00146330733                                                                                     |
| Codice Cliente   | 1971021                                                                                            |
| Estremi bancari  | Regolamento s.b.f. Iban IT1810103015801000001484939<br>TARANTO-BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA |

**BCC Leasing informa**

BCC Leasing è la banca per lo sviluppo delle imprese del Credito Cooperativo.  
Presidia tutte le aree del leasing mobiliare: strumentale, auto, nautico e targato industriale.  
Con il leasing immobiliare ed i finanziamenti sostiene i progetti di crescita alle imprese,  
anche agricole, ed assiste gli imprenditori con servizi e la consulenza nel campo della finan-  
za straordinaria e, nel comparto estero, con attività di sostegno all'import/export ed  
all'internazionalizzazione. Attraverso le controllate BCC Factoring e BCC Rent & Lease mette  
a disposizione factorino e leasing operativo e canale fornitori.  
Completa l'offerta con i derivati di copertura, i servizi assicurativi e le agevolazioni.

**BCC Leasing S.p.A.** - Società con socio unico soggetta ad attività di direzione e coordinamento da parte di Iccrea Banca S.p.A. capogruppo del Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea.  
Sede legale e Direzione Generale:  
via Lucrezia Romana 41/47, 00178 Roma  
T +39 06 72071 F +39 06 72078409 Numero verde 800-525454  
info@leasing.bcc.it www.bccleasing.it

Capitale Sociale Euro 444.765.277,70 I.v., C.F. 02820100580. Iscritta al Reg. delle imprese di Roma - R.E.A. n.417224. Società partecipante al Gruppo IVA Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea, Partita IVA 15240741007. Iscritta all'albo delle banche n. 5405 - Cod ABI n. 3123.  
Iscritta all'Elenco degli Intermediari Assicurativi Sezione D n. D000233765. Aderente al Fondo di Garanzia dei Depositanti del Credito Cooperativo, al Fondo Nazionale di Garanzia Fondo Interbancario di Tutela dei Depositi.

**Avviso di scadenza  
Data Emissione**

**ASG37617G  
08/08/2023**

| Descrizione                                                                              | Contratto  | Scadenza   | Importo  | Codice IVA      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------|-----------------|
| Oneri per Servizi Accessori della Copertura Assicurativa: periodo di riferimento 09/2023 | 4179920028 | 01/09/2023 | 1.248,50 | 36              |
| <hr/>                                                                                    |            |            |          |                 |
|                                                                                          |            | Importo    | IVA      | Importo         |
| CODICE 36 - OPZIONE EX ART. 36-BIS DPR 633 36-BIS DPR633/72                              |            | 1.248,50   | 0        |                 |
| <hr/>                                                                                    |            |            |          |                 |
| <b>TOTALE DOCUMENTO</b>                                                                  |            |            |          | <b>1.248,50</b> |

**Annotazioni**

DOCUMENTO NO IVA  
Il presente documento non deve essere registrato ai fini IVA.

**PNC 1415**  
**DATA DI REGISTR. 31 AGO. 2023**

**BCC Leasing S.p.A.** - Società con socio unico soggetta ad attività di direzione e coordinamento da parte di Iccrea Banca S.p.A. capogruppo del Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea.  
Sede legale e Direzione Generale:  
via Lucrezia Romana 41/47, 00178 Roma  
T +39 06 72071 F +39 06 7207 8409 Numero verde 800-525454  
info@leasing.bcc.it www.bccleasing.it

Capitale Sociale Euro 444.765.277,70 i.v., C.F. 02820100580. Iscritta al Reg. delle Imprese di Roma - R.E.A. n. 417224. Società partecipante al Gruppo IVA Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea, Partita IVA 15240741007. Iscritta all'albo delle banche n. 5405 - Cod ABI n. 3123.  
Iscritta all'Elenco degli Intermediari Assicurativi Sezione D n. 0000233765.  
Aderente al Fondo di Garanzia dei Depositanti del Credito Cooperativo, al Tutela dei Depositi.

### Servizio Assistenza Clienti

Un unico interlocutore al  
Numero Verde 800-525454  
per ottenere informazioni su:

- Aspetti contrattuali
- Consulenza Agevolativa e fiscale
- Informazioni sui prodotti
- Promozioni
- Variazioni Dati Contrattuali
- Dettagli fatture
- Altro

### Servizio Assicurazioni ed Assistenza sinistri

A sua completa disposizione  
si verifica di un sinistro,  
si otterrà per tutti i passi  
successivi al fine di  
semplificare e velocizzare  
la gestione delle pratiche  
assicurative.

Tel. 800-525454



ID: V4S12L  
DCOP10457

CP Esp - PMS1  
474570-9322955 - 0005/0357

RIF. 1971021/0000

**KYMA MOBILITA' S P A**  
**VIA CESARE BATTISTI 657**  
**74121 TARANTO TA**

### Avviso di scadenza ASG37617G

|                |            |
|----------------|------------|
| Data Emissione | 09/08/2023 |
| Scadenza       | 01/09/2023 |
| Totale         | 1.246,50   |

### Cliente

|                  |                                                                                                     |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Denominazione    | KYMA MOBILITA' S P A                                                                                |
| C. Fiscale/P.IVA | IT 00146330733                                                                                      |
| Codice Cliente   | 1971021                                                                                             |
| Estremi bancari  | Regolamento s.b.f. Iban IT1810103015801000001484939<br>TARANTO-BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA. |

### BCC Leasing informa

BCC Leasing è la banca per lo sviluppo delle imprese del Credito Cooperativo.  
Presidia tutte le aree del leasing mobiliare: strumentale, auto, nautico e targato industriale.  
Con il leasing immobiliare ed i finanziamenti sostiene i progetti di crescita alle imprese,  
anche agricole, ed assiste gli imprenditori con servizi e la consulenza nel campo della finan-  
za straordinaria e, nel comparto estero, con attività di sostegno all'import/export ed  
all'internazionalizzazione. Attraverso le controllate BCC Factoring e BCC Rent & Lease mette  
a disposizione factorino e leasing operativo e canale fornitori.  
Completa l'offerta con i derivati di copertura, i servizi assicurativi e le agevolazioni.



# 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<br/>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 _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br/>per supervisione</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table> | UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>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<br>per supervisione |                               | DATA _____ | FIRMA _____ | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE<br/>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>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' PERSONALE<br/>per supervisione</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO<br/>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>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' TECNICA<br/>per supervisione</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table> | UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |  | Data scadenza pagamento _____ |                              | DATA _____ | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ | IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione |  | DATA _____ | FIRMA _____ | UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione |  | DATA _____ | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|-----------------------------------------------|--|------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------|--|------------|------------------------------|---------------------------------------------|--|------------|------------------------------|
| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>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<br>per supervisione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| DATA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA _____                                                             |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| Data scadenza pagamento _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| DATA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE _____                                            |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| DATA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA _____                                                             |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| DATA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE _____                                            |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA<br/>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 _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br/>per supervisione</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                      | UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili                           |  | Data scadenza pagamento indicata in fattura _____ |  | Data scadenza di pagamento presunta _____ |             | DATA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FIRMA DEL RESPONSABILE _____                             | IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                                 | DATA _____                    | FIRMA _____                    | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO<br/>verifica perfetta esecuzione lavori</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA<br/>per supervisione</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table> | UFFICIO TECNICO<br>verifica perfetta esecuzione lavori |                                               | Data scadenza pagamento _____ |            | DATA _____  | FIRMA DEL RESPONSABILE _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA<br>per supervisione                           |  | DATA _____                    | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| Data scadenza pagamento indicata in fattura _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| Data scadenza di pagamento presunta _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| DATA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE _____                                            |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| DATA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA _____                                                             |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| UFFICIO TECNICO<br>verifica perfetta esecuzione lavori                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| Data scadenza pagamento _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| DATA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE _____                                            |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA<br>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<br/>verifica dati tecnici</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA<br>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;">UNITA' AA.GG. E PP.RR.<br/>Verifica conferimento incarico</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferimento del..... Prot.....</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 _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table> | UNITA' AA.GG. E PP.RR.<br>Verifica conferimento incarico |                                                             | Conferimento del..... Prot..... |                               | IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DATA _____                                             | FIRMA _____                                   |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA<br>verifica dati tecnici                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| Data scadenza pagamento _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| DATA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA _____                                                             |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| UNITA' AA.GG. E PP.RR.<br>Verifica conferimento incarico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| Conferimento del..... Prot.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| DATA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA _____                                                             |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |
| <p>NOTE:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |  |                                                   |  |                                           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                             |                                 |                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                               |                               |            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |  |                               |                              |            |                              |                                               |  |            |             |                                                                             |  |                                |  |                                |  |                                |  |                                |  |                               |  |            |                              |                                             |  |            |                              |



BCC Leasing S.p.A. - Società con socio unico soggetta ad attività di direzione e coordinamento da parte di Iccrea Banca S.p.A. capogruppo del Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea.  
Sede legale e Direzione Generale:  
via Lucrezia Romana 41/47, 00178 Roma  
T +39 06 7207 1 F +39 06 7207 8409 Numero verde 800-525454  
info@leasing.bcc.it www.bccleasing.it

Capitale Sociale Euro 444.765.277,70 I.v., C.F. 02820100580. Iscritta al Reg. delle imprese di Roma - R.E.A. n.417224. Società partecipante al Gruppo IVA Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea, Partita IVA 15240741007, Iscritta all'albo delle banche n. 5405 - Cod ABI n. 3123.  
Iscritta all'Elenco degli Intermediari Assicurativi Sezione D n. D000233765. Aderente al Fondo di Garanzia dei Depositanti del Credito Cooperativo, al Fondo Nazionale di Garanzia Fondo Interbancario di Tutela dei Depositi.

**Avviso di scadenza  
Data Emissione**

**ASG37617G  
08/08/2023**

| DESCRIZIONE                                                                              | CODICE     | DATA       | IMPORTO  | OPZIONE IVA     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------|-----------------|
| Oneri per Servizi Accessori della Copertura Assicurativa: periodo di riferimento 09/2023 | 4179920028 | 01/09/2023 | 1.248,50 | 36              |
| <hr/>                                                                                    |            |            |          |                 |
|                                                                                          |            |            | 1.248,50 | 0               |
| <hr/>                                                                                    |            |            |          |                 |
| CODICE 36 - OPZIONE EX ART. 36-BIS DPR 633 36-BIS DPR633/72                              |            |            |          |                 |
| <hr/>                                                                                    |            |            |          |                 |
| <b>TOTALE DOCUMENTO</b>                                                                  |            |            |          | <b>1.248,50</b> |

**Annotazioni**

ESONERATO DA IVA  
Cil presente documento non deve essere registrato ai fini IVA.

**P.N.C. 1425/11/11**  
**DATA DI REGISTRAZIONE 31 AGO. 2023**

# KYMA

## MOBILITÀ

VISTO

|                                                                                |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI</b><br>verifica condizione, ordine e contratto |                        |
| Contr. Rep. n. <i>Collegio del 29/12/17</i>                                    |                        |
| Conv. n. del                                                                   |                        |
| Determ. A.D. n. del                                                            |                        |
| Delib. C.A. n. del                                                             |                        |
| Data scadenza pagamento <i>16/1</i>                                            |                        |
| DATA <i>5-9-23</i>                                                             | L'ADDETTO AL RISCONTRO |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione                                  |                        |
| DATA <i>12 SET. 2023</i>                                                       | FIRMA                  |

|                                                                                     |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>UFFICIO PERSONALE</b><br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                        |
| Data scadenza pagamento                                                             |                        |
| DATA                                                                                | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                       |                        |
| DATA                                                                                | FIRMA                  |

|                                                                                    |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>UFFICIO MAGAZZINO</b><br>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<br>per supervisione                                        |                        |
| DATA                                                                               | FIRMA DEL RESPONSABILE |

|                                                             |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>UFFICIO RAGIONERIA</b><br>verifica dati contabili        |                        |
| data scadenza pagamento indicata in fattura                 |                        |
| data scadenza di pagamento presunta                         |                        |
| DATA <i>3-1 AGO. 2023</i>                                   | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                        |
| DATA <i>23-10-2023</i>                                      | FIRMA                  |

|                                                                       |       |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA</b><br>verifica dati tecnici |       |
| Data scadenza pagamento                                               |       |
| DATA                                                                  | FIRMA |

|                                                               |                        |
|---------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>UFFICIO TECNICO</b><br>verifica perfetta esecuzione lavori |                        |
| Data scadenza pagamento                                       |                        |
| DATA                                                          | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA<br>per supervisione            |                        |
| DATA                                                          | FIRMA DEL RESPONSABILE |

|                                                                |       |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| <b>UNITA' AA.GG. E PP.RR</b><br>Verifica conferimento incarico |       |
| Conferimento del..... Prot.....                                |       |
| IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.                                 |       |
| DATA                                                           | FIRMA |

|       |  |
|-------|--|
| NOTE: |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |



04p9

## FATTURAELETTRONICA

Id SDI: 10269452148 Data SDI: 13/08/2023 13:29

Formato Trasmissione: FPRL2

| Mittente                                                                                                                                                                  | Destinatario                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BCC LEASING S.P.A.<br>VIA LUCREZIA ROMANA 41-47<br>00178 - ROMA - RM - IT<br>P.IVA: IT15240741007<br>Cod. Fiscale: 02820100580<br>Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario) | KYMA MOBILITA S.P.A.<br>VIA CESARE BATTISTI, 657<br>74121 - TARANTO - TA - IT<br>P.IVA: IT00146330733<br>Cod. Fiscale: 00146330733<br>Codice Ufficio: 0000000 |

| Dati Fattura     |           |            |                |
|------------------|-----------|------------|----------------|
| Natura Documento | Numero    | Data       | Importo Totale |
| Fattura          | FTG82221G | 2023-08-08 | EUR 17.938,43  |

| Dati ordine acquisto |
|----------------------|
|----------------------|

| Dati DDT |
|----------|
|----------|

| Dettaglio linee Fattura |                                                                                              |      |              |            |        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|------------|--------|
| Articolo                | Descrizione                                                                                  | Q.tà | Pr. Unitario | Pr. Totale | IVA    |
| CANONE                  | Canone di locazione N. 66 di 72 - Scadenza 01/09/2023                                        |      | 14.700,63    | 14.700,63  | 22 %   |
| SPESE D'INCASSO         | Spese d'incasso                                                                              |      | 3,00         | 3,00       | 22 %   |
|                         | IVA VERSATA DAL COMMITTENTE AI SENSI DELL'ART. 17-TER DPR 633/1972 (SCISSIONE DEI PAGAMENTI) |      |              |            | (N2.2) |

| Linea | Id Documento | Data | Num Item | Dati Contratto | CUP | CIG |
|-------|--------------|------|----------|----------------|-----|-----|
|       | 4179920028   |      |          |                |     |     |

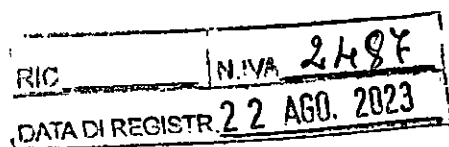
| Dati Riepilogo                   |         |            |          |
|----------------------------------|---------|------------|----------|
| Natura/Esigibilità IVA           | Al. IVA | Imponibile | Imposta  |
| S (scissione dei pagamenti)      | 22 %    | 14.703,63  | 3.234,80 |
| N2.2 (Non soggette - altri casi) | 0 %     | 0,00       | 0,00     |

| Dati pagamento       |          |               |         |          |      |
|----------------------|----------|---------------|---------|----------|------|
| Condizioni Pagamento | Modalità | Data Scadenza | Importo | Istituto | IBAN |
| Pagamento completo   |          |               |         |          |      |

| Condizioni Pagamento | Modalità                  | Data Scadenza | Importo       | Istituto                               | IBAN                        |
|----------------------|---------------------------|---------------|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|
|                      | SEPA Direct<br>Debit CORE |               | EUR 14.703,63 | BANCA MONTE DEI<br>PASCHI DI SIENA SPA | IT1810103015801000001484939 |

Dati Trasmittente: IT04774801007 - Progressivo Invio: IC18480193

Versione Style 2.10.1



## FATTURAELETTRONICA

Id SDI:10269452148 Data SDI: 13/08/2023 13:29

Formato Trasmissione: FPR12

## Mittente

BCC LEASING S.P.A.  
VIA LUCREZIA ROMANA 41-47  
00178 - ROMA - RM - IT  
P.IVA: IT15240741007  
Cod. Fiscale: 02820100580  
Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)

## Destinatario

KYMA MOBILITA S.P.A.  
VIA CESARE BATTISTI, 657  
74121 - TARANTO - TA - IT  
P.IVA: IT00146330733  
Cod. Fiscale: 00146330733  
Codice Ufficio: 0000000

## Dati Fattura

| Natura Documento | Numero    | Data       | Importo Totale |
|------------------|-----------|------------|----------------|
| Fattura          | FTG82221G | 2023-08-08 | EUR 17.938,43  |

## Dati ordine acquisto

## Dati DDT

## Dettaglio linee Fattura

| Articolo        | Descrizione                                           | Q.tà | Pr. Unitario | Pr. Totale | IVA  |
|-----------------|-------------------------------------------------------|------|--------------|------------|------|
| CANONE          | Canone di locazione N. 66 di 72 - Scadenza 01/09/2023 |      | 14.700,63    | 14.700,63  | 22 % |
| SPESE D'INCASSO | Spese d'incasso                                       |      | 3,00         | 3,00       | 22 % |

IVA VERSATA DAL COMMITTENTE AI SENSI DELL'ART. 17-TER  
DPR 633/1972 (SCISSIONE DEI PAGAMENTI)

(N2.2)

| Linea | Id Documento | Data | Num Item | Dati Contratto | CUP | CIG |
|-------|--------------|------|----------|----------------|-----|-----|
|       | 4179920028   |      |          |                |     |     |

## Dati Riepilogo

| Natura/Esigibilità IVA           | Al. IVA | Imponibile | Imposta  |
|----------------------------------|---------|------------|----------|
| S (scissione dei pagamenti)      | 22 %    | 14.703,63  | 3.234,80 |
| N2.2 (Non soggette - altri casi) | 0 %     | 0,00       | 0,00     |

## Dati pagamento

| Condizioni Pagamento | Modalità | Data Scadenza | Importo | Istituto | IBAN |
|----------------------|----------|---------------|---------|----------|------|
|----------------------|----------|---------------|---------|----------|------|

Pagamento completo

# KYMA

## MOBILITÀ

VISTO

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>verifica condizione, ordine e contratto |                              |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Contr. Rep. n. _____ del _____                                          |                              |
| Conv. n. _____ del _____                                                |                              |
| Determin. A.D. n. _____ del _____                                       |                              |
| Delib. C.A. n. _____ del _____                                          |                              |
| Data scadenza pagamento _____                                           |                              |
| DATA _____                                                              | L'ADDETTO AL RISCONTRO _____ |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione                           |                              |
| DATA _____                                                              | FIRMA _____                  |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                              |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura _____           |                              |
| data scadenza di pagamento presunta _____                   |                              |
| DATA _____                                                  | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                              |
| DATA _____                                                  | FIRMA _____                  |

| IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA<br>verifica dati tecnici |             |
|----------------------------------------------------------------|-------------|
| Data scadenza pagamento _____                                  |             |
| DATA _____                                                     | FIRMA _____ |

| UNITA' AA.GG. E PP.RR.<br>Verifica conferimento incarico |             |
|----------------------------------------------------------|-------------|
| Conferimento del..... Prot.....                          |             |
| IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.                           |             |
| DATA _____                                               | FIRMA _____ |

| UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                              |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Data scadenza pagamento _____                                                |                              |
| DATA _____                                                                   | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                |                              |
| DATA _____                                                                   | FIRMA _____                  |

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                              |
| DATA _____                                                                  | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |

| UFFICIO TECNICO<br>verifica perfetta esecuzione lavori |                              |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|
| Data scadenza pagamento _____                          |                              |
| DATA _____                                             | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |
| IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA<br>per supervisione     |                              |
| DATA _____                                             | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |

NOTE:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |



| Condizioni Pagamento | Modalità                  | Data<br>Scadenza | Importo       | Istituto                               | IBAN                        |
|----------------------|---------------------------|------------------|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|
|                      | SEPA Direct<br>Debit CORE |                  | EUR 14.703,63 | BANCA MONTE DEI<br>PASCHI DI SIENA SPA | IT1810103015801000001484939 |

Dati Trasmittente: IT04774801007 - Progressivo Invio: IC18480193

Versione Style 2.10.1

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| RIC                           | N.IVA 2487 |
| DATA DI REGISTR. 22 AGO. 2023 |            |

# KYMA

## MOBILITÀ

VISTO

| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>verifica condizione, ordine e contratto |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Contr. Rep. n. _____ del _____                                          |                                           |
| Conv. n. _____ del _____                                                |                                           |
| Determ. A.D. n. _____ del _____                                         |                                           |
| Delib. C.A. n. <i>Collegio del 29/12/17</i> del _____                   |                                           |
| Data scadenza pagamento <i>12/01</i>                                    |                                           |
| DATA <i>24/8/23</i>                                                     | L'ADDETTO AL RISCONTRO <i>[Signature]</i> |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione                           |                                           |
| DATA <i>29 AGO, 2023</i>                                                | FIRMA <i>[Signature]</i>                  |

| UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                        |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                                      |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA                  |

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                        |
| DATA                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                                           |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura                 |                                           |
| data scadenza di pagamento presunta                         |                                           |
| DATA <i>22 AGO, 2023</i>                                    | FIRMA DEL RESPONSABILE <i>[Signature]</i> |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                                           |
| DATA <i>23-10-2023</i>                                      | FIRMA <i>[Signature]</i>                  |

| IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA<br>verifica dati tecnici |       |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| Data scadenza pagamento                                        |       |
| DATA                                                           | FIRMA |

| UNITA' AA.GG. E PP.RR.<br>Verifica conferimento incarico |       |
|----------------------------------------------------------|-------|
| Conferimento del..... Prot.....                          |       |
| IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.                           |       |
| DATA                                                     | FIRMA |

| UFFICIO TECNICO<br>verifica perfetta esecuzione lavori |                        |
|--------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                |                        |
| DATA                                                   | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA<br>per supervisione     |                        |
| DATA                                                   | FIRMA DEL RESPONSABILE |

NOTE:



## FATTURAELETTRONICA

Id SDI:10269452153 Data SDI: 13/08/2023 19:15

Formato Trasmissione: FPR12

| Mittente                                                                                                                                                                  | Destinatario                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BCC LEASING S.P.A.<br>VIA LUCREZIA ROMANA 41-47<br>00178 - ROMA - RM - IT<br>P.IVA: IT15240741007<br>Cod. Fiscale: 02820100580<br>Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario) | KYMA MOBILITA S.P.A.<br>VIA CESARE BATTISTI, 657<br>74121 - TARANTO - TA - IT<br>P.IVA: IT00146330733<br>Cod. Fiscale: 00146330733<br>Codice Ufficio: 0000000 |

| Dati Fattura     |           |            |                |
|------------------|-----------|------------|----------------|
| Natura Documento | Numero    | Data       | Importo Totale |
| Fattura          | FTG82222G | 2023-08-08 | EUR 25.039,18  |

| Dati ordine acquisto |
|----------------------|
|----------------------|

| Dati DDT |
|----------|
|----------|

| Dettaglio linee Fattura |                                                                                              |      |              |            |        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|------------|--------|
| Articolo                | Descrizione                                                                                  | Q.tà | Pr. Unitario | Pr. Totale | IVA    |
| CANONE                  | Canone di locazione N. 54 di 72 - Scadenza 01/09/2023                                        |      | 20.519,92    | 20.519,92  | 22 %   |
| SPESE D'INCASSO         | Spese d'incasso                                                                              |      | 4,00         | 4,00       | 22 %   |
|                         | IVA VERSATA DAL COMMITTENTE AI SENSI DELL'ART. 17-TER DPR 633/1972 (SCISSIONE DEI PAGAMENTI) |      |              |            | (N2.2) |
|                         | Codice Identificativo Gara (CIG) 7779192850                                                  |      |              |            | (N2.2) |

| Linea | Id Documento | Data | Num Item | Dati Contratto | CUP | CIG        |
|-------|--------------|------|----------|----------------|-----|------------|
|       | 4199920006   |      |          |                |     | 7779192850 |

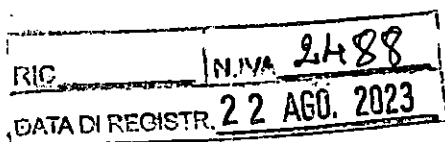
| Dati Riepilogo                   |         |            |          |
|----------------------------------|---------|------------|----------|
| Natura/Esigibilità IVA           | Al. IVA | Imponibile | Imposta  |
| S (scissione dei pagamenti)      | 22 %    | 20.523,92  | 4.515,26 |
| N2.2 (Non soggette - altri casi) | 0 %     | 0,00       | 0,00     |

| Dati pagamento       |          |               |         |          |      |
|----------------------|----------|---------------|---------|----------|------|
| Condizioni Pagamento | Modalità | Data Scadenza | Importo | Istituto | IBAN |
| Pagamento completo   |          |               |         |          |      |

| Condizioni Pagamento | Modalità                  | Data Scadenza | Importo       | Istituto                               | IBAN                        |
|----------------------|---------------------------|---------------|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|
|                      | SEPA Direct<br>Debit CORE |               | EUR 20.523,92 | BANCA MONTE DEI<br>PASCHI DI SIENA SPA | IT1810103015801000001484939 |

Dati Trasmittente: IT04774801007 - Progressivo Invio: IC18480194

Versione Style 2.10.1



## FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 10269452153 Data SDI: 13/08/2023 19:15

Formato Trasmissione: FPR12

| Mittente                                                                                                                                                                  | Destinatario                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BCC LEASING S.P.A.<br>VIA LUCREZIA ROMANA 41-47<br>00178 - ROMA - RM - IT<br>P.IVA: IT15240741007<br>Cod. Fiscale: 02820100580<br>Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario) | KYMA MOBILITA S.P.A.<br>VIA CESARE BATTISTI, 657<br>74121 - TARANTO - TA - IT<br>P.IVA: IT00146330733<br>Cod. Fiscale: 00146330733<br>Codice Ufficio: 0000000 |

## Dati Fattura

| Natura Documento | Numero    | Data       | Importo Totale |
|------------------|-----------|------------|----------------|
| Fattura          | FTG82222G | 2023-08-08 | EUR 25.039,18  |

## Dati ordine acquisto

## Dati DDT

## Dettaglio linee Fattura

| Articolo           | Descrizione                                           | Q.tà | Pr. Unitario | Pr. Totale | IVA  |
|--------------------|-------------------------------------------------------|------|--------------|------------|------|
| CANONE             | Canone di locazione N. 54 di 72 - Scadenza 01/09/2023 |      | 20.519,92    | 20.519,92  | 22 % |
| SPESE<br>D'INCASSO | Spese d'incasso                                       |      | 4,00         | 4,00       | 22 % |

IVA VERSATA DAL COMMITTENTE AI SENSI DELL'ART. 17-TER  
DPR 633/1972 (SCISSIONE DEI PAGAMENTI)

(N2.2)

Codice Identificativo Gara (CIG) 7779192850

(N2.2)

| Linea | Id Documento | Data | Num Item | Dati Contratto | CUP | CIG        |
|-------|--------------|------|----------|----------------|-----|------------|
|       | 4199920006   |      |          |                |     | 7779192850 |

## Dati Riepilogo

| Natura/Esigibilità IVA           | Al. IVA | Imponibile | Imposta  |
|----------------------------------|---------|------------|----------|
| S (scissione dei pagamenti)      | 22 %    | 20.523,92  | 4.515,26 |
| N2.2 (Non soggette - altri casi) | 0 %     | 0,00       | 0,00     |

## Dati pagamento

| Condizioni Pagamento | Modalità | Data Scadenza | Importo | Istituto | IBAN |
|----------------------|----------|---------------|---------|----------|------|
| Pagamento completo   |          |               |         |          |      |

# KYMA

## MOBILITÀ

V I S T I

|                                                                                |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI</b><br>verifica condizione, ordine e contratto |                              |
| Contr. Rep. n. _____ del _____                                                 |                              |
| Conv. n. _____ del _____                                                       |                              |
| Determ. A.D. n. _____ del _____                                                |                              |
| Delib. C.A. n. _____ del _____<br>Data scadenza pagamento _____                |                              |
| DATA _____                                                                     | L'ADDETTO AL RISCONTRO _____ |
| <b>IL RESP. UNITA' CONTRATTI</b><br>per supervisione                           |                              |
| DATA _____                                                                     | FIRMA _____                  |

|                                                                    |                              |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>UFFICIO RAGIONERIA</b><br>verifica dati contabili               |                              |
| data scadenza pagamento indicata in fattura _____                  |                              |
| data scadenza di pagamento presunta _____                          |                              |
| DATA _____                                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |
| <b>IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO</b><br>per supervisione |                              |
| DATA _____                                                         | FIRMA _____                  |

|                                                                       |             |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA</b><br>verifica dati tecnici |             |
| Data scadenza pagamento _____                                         |             |
| DATA _____                                                            | FIRMA _____ |

|                                                                 |             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>UNITA' AA.GG. E PP.RR.</b><br>Verifica conferimento incarico |             |
| Conferimento del..... Prot.....                                 |             |
| <b>IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.</b>                           |             |
| DATA _____                                                      | FIRMA _____ |

|                                                                                     |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>UFFICIO PERSONALE</b><br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                              |
| Data scadenza pagamento _____                                                       |                              |
| DATA _____                                                                          | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |
| <b>IL RESP. UNITA' PERSONALE</b><br>per supervisione                                |                              |
| DATA _____                                                                          | FIRMA _____                  |

|                                                                                    |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>UFFICIO MAGAZZINO</b><br>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 _____ |
| <b>IL RESP. UNITA' TECNICA</b><br>per supervisione                                 |                              |
| DATA _____                                                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |

|                                                               |                              |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>UFFICIO TECNICO</b><br>verifica perfetta esecuzione lavori |                              |
| Data scadenza pagamento _____                                 |                              |
| DATA _____                                                    | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |
| <b>IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA</b><br>per supervisione     |                              |
| DATA _____                                                    | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |

NOTE:



| Condizioni Pagamento | Modalità                  | Data<br>Scadenza | Importo       | Istituto                               | IBAN                        |
|----------------------|---------------------------|------------------|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|
|                      | SEPA Direct<br>Debit CORE |                  | EUR 20.523,92 | BANCA MONTE DEI<br>PASCHI DI SIENA SPA | IT1810103015801000001484939 |

Dati Trasmittente: IT04774801007 - Progressivo Invio: IC18480194

Versione Style 2.10.1

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| RIC                           | N. IVA 2488 |
| DATA DI REGISTR. 22 AGO. 2023 |             |

# KYMA

## MOBILITÀ

VISTO

### 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. 26 del 19

Data scadenza pagamento

DATA 23/8/23 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI  
per supervisione

DATA

FIRMA

20 AGO. 2023

### UFFICIO RAGIONERIA

verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

22 AGO. 2023

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO  
per supervisione

DATA

FIRMA

23-10-2023

### 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:

