

ALL. DETERM. DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO N° _____ del _____

Prospetto di liquidazione spese di viaggio e di soggiorno a favore di diversi beneficiari per prestazioni sanitarie fruite fuori dal territorio regionale ai sensi della Legge Regionale n. 26/91 -

N°	Cod. Reg.le	Autorizzazione	Struttura Sanitaria	Periodo prestazione	Spese viaggi	spese sogg.	Totale spese da rimborsare
1		11778 Del 15/03/2023	POLICLINICO GEMELLI ROMA	VISITA DI CONTROLLO 28/03/2023	300,00	180,00	480,00
2		13530 Del 24/03/2023	OSPEDALE CARLO BESTA MILANO	DAY HOSPITAL 04/04/2023	436,99	180,00	616,99
3		12087 Del 16/03/2023	IST. NAZ. DEI TUMORI MILANO	VISITA DI CONTROLLO 10/03/2023	147,00	180,00	327,00
4					0,00	0,00	0,00
5					0,00	0,00	0,00
6					0,00	0,00	0,00
7					0,00	0,00	0,00
8					0,00	0,00	0,00
9							0,00
10							0,00
				Totali euro	883,99	540,00	1.423,99

IL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO

 IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
 DR. Sergio Obinu

