

Allegato 1 – DETERMINAZIONE 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 26/91.

N°	Autorizzazione	Struttura Sanitaria	Periodo prestazione	Spese viaggio	spese sogg.	Totale spese da rimborsare
1	12355	POLICL. SANT'ORSOLA	DAL 01/09/2023AL 30/09/2023	327,33	630,00	957,33
	Del 17/03/2023	DI BOLOGNA				
2	21210	OSP. BAMBINO GESU'	RIC 13/06/2023- 12/07/2023	650,98	1440,00	2090,98
	DEL 18/05/2023	DI ROMA				
3	39349	OSP. BAMBINO GESU'	DH 24/08/2023	298,42	180,00	478,42
	DEL 25/09/2023	DI ROMA				
4	30807	POLICLINICO DI	VIS 21/09/2023	77,18	225,00	302,18
	DEL 25/07/2023	MODENA	VIS 22/09/2023			
5	27517	ISTITUTO NAZIONALE	VIS 18/09/2023	330,72	90,00	420,72
	DEL 30/06/2023	TUMORI DI MILANO				
6	30800	ARCISPEDALE SANTA	VIS 14/09/2023	374,10	180,00	554,10
	DEL 25/09/2023	MARIA NUOVA REGG. EM				
7	36219	POLIC. MANGIAGALLI	VIS 18/09/2023	313,12	90,00	403,12
	DEL 18/09/2023	DI MILANO				
8	36218	OSP. SAN FEDERICO II	VIS 13/09/2023	172,41	270,00	442,41
	DEL 07/09/2023	NAPOLI				
9	39359	OSP. MAGGIORE DI PARMA	VIS 25/26/27 SETT2023	468,20	945,00	1413,20
	DEL 25/09/2023					
10						0,00
			Totali euro	3.012,46	4.050,00	7.062,46

 Ref. Istruttoria
 Sig.ra E.Palmas

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
 - DR. SERGIO OBINU -