ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

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	55067- 28/11/2024	Osp. Bambin Gesù Roma	Vis. 15/11/2024	297,48	135,00	432,48
2	52630- 18/11/2024	Osp. Generale Cristo Re Roma	Vis 10/12/2024	297,60	180,00	477,60
3	52635- 18/11/2024	Az.osp. Univ. Verona	Vis. 19/12/2024	433,73	180,00	613,73
4	33518- 24/07/2024	Policlinco Gemelli Roma	DH 08/10/2024 – 10/10/2024	0,00	180,00	180,00
5	3212- 19/01/2024	Osp.Sant'Orsola Bologna	Vis. 11/12/2024 -12/12/2024	168,06	450,00	618,06
6						0,00
7						0,00
8						0,00
9						0,00
10						0,00
						0,00
						0,00
			Totali euro	**1.196,87**	**1.125,00**	**2.321,87**

Ref. Istruttoria

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

Sig.ra E.Palmas

- DR. SERGIO OBINU -