

ALLEGATO “ 1 “  
Allegato alla Determinazione del Responsabile del Distretto

**DISTRETTO DI ALES TERRALBA**

N°Cod. Ass.	AUTORIZZAZIONE	del	STRUTTURA SANITARIA	PERIODO PRESTAZIONI	SPESE VIAGGIO	SPESE SOGGIORNO	TOTALE
1	58816	26/11/2025	POLICLINICO GEMELLI ROMA	DAL 13/12/2025 AL 16/12/2025	€ 341,46	€ 495,00	€ 836,46
2	60398	03/12/2025	ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO	DAL 18/06/2025 AL 23/10/2025	€ 495,22	€ 22.230,00	€ 22.725,22
3	60396	03/12/2025	OSPEDALE SAN RAFFAELE MILANO	DAL 16/12/2025 AL 19/12/2025	€ 574,32	€ 720,00	€ 1.294,32
						<b>TOTALE COMP.</b>	€ 24.856,00

UFFICIO RICOVERI EXTRA-REGIONE

--	--	--	--	--	--	--