

ALLEGATO “ 1 “
Allegato alla Determinazione del Responsabile del Distretto

DISTRETTO DI ALES TERRALBA

N°Cod. Ass.	PROV AUTORIZZAZIONE	del	STRUTTURA SANITARIA	PERIODO PRESTAZIONI	SPESE VIAGGIO	SPESE SOGGIORNO	TOTALE
1	29233	03-06-2026	IRCSS POLICLINICO SAN DONATO MILANESE	DAL 26-03-2026 AL 13-04-2026	€ 308,68	€ 1.755,00	€ 2.063,68
2	8891	17/02/2026	A.O.U. VERONA	22-05-2026	€ 200,16	€ 270,00	€ 470,16
3	25688	13/05/2026	POLICLINICO GEMELLI	25-05-2026 AL 26-05-2026	€ 275,00	€ 360,00	€ 635,00
4	29235	03-06-2026	LE MOLINETTE	DAL 29-05-2026 AL 23-06-2026	€ 383,09	€ 2.340,00	€ 2.723,09
						TOTALE COMP.	€ 5.891,93

UFFICIO RICOVERI EXTRA-REGIONE

Istr. Carla Farina