

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	3212	OSP. SANT'ORSOLA DI BOLOGNA	VIS AMB. 14/03/2024	139,98	360,00	499,98
	DEL 19/01/2024					
2	12687	OSP. BAMBINO GESU' ROMA	RIC 04/05/2024-11/05/2024	329,28	360,00	689,28
	DEL 18/03/2024					
3	12679	OSP CAREGGI DI FIRENZE	VIS DAL 15/04/2024 AL 20/04/2024	244,00	540,00	784,00
	DEL 18/03/2024					
4	4811	OSP. BAMBINO GESU' DI ROMA	DH 12/04/2024	277,67	180,00	457,67
	DEL 30/01/2024					
5	29805	POLICLINICO ABANO TERME	RIC 09/03/2024-14/03/2024	0,00	356,00	356,00
	DEL 03/07/2024					
6	17840	ISTITUTO HUMANITAS DI ROZZANO – MILANO	RIC 24/04/2024-03/05/2024 RIAB. 03/05/2024-22/05/2024	358,72	945,00	1303,72
	DEL 18/04/2024					
7	3212	OSP. SANT'ORSOLA DI BOLOGNA	VIS AMB. 10/05/2024	102,04	270,00	372,04
	DEL 19/01/2024					
8	25949	OSP BAMBINO GESU' DI ROMA	VIS 13-14/05/2024	319,00	405,00	724,00
	DEL 20/06/2024					
9	21959	OSP. DI CIRCOLO FOND MACCHI VARESE	VIS 28-29/05/2024	405,82	360,00	765,82
	DEL 16/05/2024					
10	23061	OSP. BAMBINO GESU' DI ROMA	VIS 23/05/2024	149,26	90,00	239,26
	DEL 23/05/2024					
11	21958	ISTITUTO RIZZOLI DI BOLOGNA	DH 06/05/2024	199,63	180,00	379,63
	DEL 16/05/2024					
12	24491	POLICLINICO GEMELLI DI ROMA	DH 28-29-30/05/2024	749,18	675,00	1424,18
	DEL 31/05/2024					
Totali euro				3.274,58	4.721,00	7.995,58

Ref. Istruttoria

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

Sig.ra E.Palmas

Sheet1

- DR. SERGIO OBINU -

Sheet1

Sheet1