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	32657	OSP. BAMBINO GESU'	DH 03/07/2024	257,04	90,00	**347,04**	
	DEL 18/07/2024	DI ROMA					
2	27960	ISTITUTO RIZZOLI DI	DH 11/07/2024	329,96	180,00	509,96	
	DEL 20/06/2024	BOLOGNA					
3	36103	SOP. SANT'ANNA DI	VIS AMB 31/07/2024	301,76	180,00	481,76	
	DEL 09/08/2024	FERRARA					
4	33512	OSP. CRISTO RE' DI	VIS 31/07/2024	163,40	135,00	298,40	
	DEL 24/07/2024	ROMA					
5	3200	OSP. BAMBINO GESU'	VIS 31/07/2024	326,80	135,00	461,80	
	DEL 19/01/2024	DI ROMA					
6	23066	POLICLINICO GEMELLI	VIS 23/07/2024	235,20	45,00	280,20	
	DEL 23/05/2024	DI ROMA					
7	27961	POLICLINICO SAN	VIS 30/08/2024	180,27	90,00	270,27	
	DEL 20/06/2024	MATTEO PAVIA					
8	21950	OSP. BAMBINO GESU'	VIS 28/08/2024	430,44	270,00	700,44	
	DEL 16/05/2024	DI ROMA					
9	33516	ISTITUTO GASLINI DI	VIS 05/08/2024	519,88	135,00	654,88	
	DEL 24/07/2024	GENOVA					
10						0,00	
						0,00	
						0,00	
			Totali euro	**2.744,75**	**1.260,00**	**4.004,75**	

Ref. Istruttoria
Sig.ra E.Palmas

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
– DR. SERGIO OBINU –