

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	31063	10/07/2024	IRCSS POLICLINICO SAN DONATO	Dal 22/10/2024 al 06/11/2024	€ 366,96	€ 2.205,00	€ 2.571,96
2	50528	06/11/2024	OSP.BELLARIA – BOLOGNA	Il 22/11/2024	€ 115,69	€ 45,00	€ 160,69
3	20590	09/05/2024	A.O.U. PADOVA	Il 18/11/2024	€ 153,24	€ 180,00	€ 333,24
4	45803	11/10/2024	OSP.PEDIATRICO BAMBINO GESU' ROMA	Il 14/10/2024	€ 435,44	€ 360,00	€ 795,44
						<b>TOTALE COMP.</b>	<b>€ 3.861,33</b>

UFFICIO RICOVERI EXTRA-REGIONE