

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	43104	OSP BAMBINO GESU'	RIC 16/11/2024-17/11/2024	304,93	495,00	799,93
	DEL 27/09/2024	ROMA				
2	43091	OSP. MEYER DI FIRENZE	DH 13/11/2024	681,46	945,00	1626,46
	DEL 27/09/2024		VIS 12/11/2024 – 14/11/2024			
3	43141	CNAO DI PAVIA	VIS 04/11/2024 – 06/11/2024	273,82	450,00	723,82
	DEL 27/09/2024					
4	44371	POLICLINICO GEMELLI	VIS 18/11/2024 – 19/11/2024	176,79	135,00	311,79
	DEL 03/10/2024	DI ROMA				
5	32660	POLICLINICO DI	VIS 18/11/2024 – 19/11/2024	78,51	90,00	168,51
	DEL 18/07/2024	MODENA				
6						0,00
7						0,00
8						0,00
9						0,00
10						0,00
						0,00
						0,00
						0,00
			Totali euro	1.515,51	2.115,00	3.630,51

 Ref. Istruttoria
 Sig.ra E.Palmas

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
 - DR. SERGIO OBINU -

Sheet1

Page 2