

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           | 36346          | 12/08/2024 | IST. GASLINI GENOVA | Dal 27/08/2024 al 26/09/2024 | € 840,26      | € 4.860,00          | € 5.700,26        |
| 2           | 53200          | 20/11/2024 | IST. GASLINI GENOVA | Dal 02/12/2024 al 05/12/2024 | € 200,03      | € 405,00            | € 605,03          |
| 3           | 56827          | 10/12/2024 | A.O.U. PADOVA       | Il 10/12/2024                | € 546,66      | € 270,00            | € 816,66          |
|             |                |            |                     |                              |               | <b>TOTALE COMP.</b> | <b>€ 7.121,95</b> |

UFFICIO RICOVERI EXTRA-REGIONE