

## FRONTESPIZIO LETTERA

Registro: **Protocollo Generale**

Protocollo: n. **8099** del **05/02/2016 13:12:58**

Sottoscritta da **GRECO MICHELE** con firma digitale

Oggetto: **RICHIESTA EMISSIONE MANDATO DI PAGAMENTO - ART.50 L.R. 22/80-  
LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO SPESA PER RIMBORSI VIAGGI DIALISI N.1 ASSISTITO-  
MESE DI OTTOBRE 2015 DISTRETTO SUD-EST AMBITO DI CODIGORO -EURO 195,00  
LISTA ILS16\_0053**

### IMPRONTE

Lettera\_6201289.pdf.P7M

1920F8EDCD12F2B501C5C9067A1BBC31A8F04751734F55CCDE9517A563F1BBFEF8998080FFE83E3FC26CC30A03D225960351CD549  
64EC4FFEB8B048932871853

RIMBORSO DIALISI OTTOBRE2015CODIGORO.xls.P7M

E362BCD8598191801F4D7E2FAFF3BEC8629F480053B57E1893D79E85C30D5B889EF0A1FBB93B8D916714A92790485D0510B75901F47  
C82F89DF4965EA56C6CB7

L'originale del presente documento redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato dall'Azienda USL Ferrara secondo normativa vigente. Ai sensi dell'art. 3 bis c. 4 bis D. Lgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ad inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'art. 3 del D. Lgs 39/1993.

**U.O. SERVIZI AMMINISTRATIVI DISTRETTUALI**  
**Il Direttore**

Classifica L/03 fasc.20/2015.

Ferrara, 04/02/2016  
vedi segnatatura .xml

Alla cortese attenzione di  
U.O. ECONOMICO FINANZIARIA

e p.c. Dr.ssa V.Bragaglia

**Oggetto: RICHIESTA EMISSIONE MANDATO DI PAGAMENTO - ART.50 L.R.  
22/80-LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO SPESA PER RIMBORSI VIAGGI DIALISI  
N.1 ASSISTITO-MESE DI OTTOBRE 2015 DISTRETTO SUD-EST AMBITO DI  
CODIGORO-EURO195,00-LISTA ILS16\_0053**

Ai sensi dell'art.50 della L.R. 29 Marzo n°22, si chiede l'emissione di un mandato di pagamento di :

**Euro 195,00**  
**A FAVORE DI : n. 1 UTENTE ( vedi elenco allegato)**  
**LISTA ILS16\_0053**  
**C.D.C. 300022**

Si attesta che la spesa di cui sopra -da imputarsi al **conto 810170072** "Altri rimborsi agli assistiti" del Bilancio Sanitario 2015 - è regolare , rientra nei limiti del budget concordato e nulla osta alla liquidazione.

Cordiali saluti.

Il Dirigente  
**GRECO MICHELE**  
(lettera firmata digitalmente)

DATA	LISTA	ANNO DI RIF. INIZIALE	MESE DI RIF. INIZIALE	ANNO DI RIF. FINALE	MESE DI RIF. FINALE	IMPORTO	DENOMINAZIONE	DE NO MIN 2	INDIRIZZO	CAP	CITTA	PROV	PIVA
04/02/2016	33DIAL1215	2015	10	2015	10	195,00	ZINI MIRNA		VIA.A.MANZONI,7	44021	CODIGORO	FE	
		TOTALE				<b>195,00</b>							
									<b>IL DIRETTORE U.O.SERVIZI AMM.VI DISTRETTUALI</b>				
									<b>DOTT.MICHELE GRECO</b>				

