ALLEGATO A

PROSPETTO DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO CURE ORTODONTICHE AGLI AVENTI DIRITTO AI SENSI DELIBERAZIONE RAS 49/40 DEL 26/11/2013-ANNO 2020-LIQUIDAZIONE

Cognome e Nome Beneficiario	Località	Importo
A.F.	Pirri-Cagliari	€ 3.000,00

Il presente allegato è composto di N. 1 (uno) foglio.

Il Direttore del Distretto
Dott. Antonello Corda