

**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**

| <b>Cognome e Nome Beneficiario</b> | <b>Località</b> | <b>Importo</b> |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| M.S.                               | Cagliari        | € 3.000,00     |

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

  
Il Direttore del Distretto  
Dott. Antonello Corda