

Allegato alla Det. N. Del -----

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI PMA 2019

DISTRETTO DI TEMPIO P.

| N | PROT . ISTANZA | PROT. AUTORIZZAZIONE | ASSISTITO | IMPORTO | NOTE |
|----------|-----------------------|-----------------------------|------------------|-------------------|---------------------------|
| 1 | 110625 | 121965 | S.P. | € 4.317,82 | spese sanitarie + viaggio |
| | | | | € 810,00 | spese soggiorno |
| | | | | | |
| | TOTALE DA LIQUIDARE | | | € 5.127,82 | |
| | | | | | |

