

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

## FRONTESPIZIO LETTERA

Registro: **Protocollo Generale**

Protocollo: n. **11814** del **23/02/2016 13:19:29**

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 AGLI ASSISTITI- A  
TUTTO GENNAIO 2016 - DISTRETTO SUD/EST-AMBITO DI PORTOMAGGIORE EURO 3.191,07  
-LISTA ILS16\_0060**

### IMPRONTE

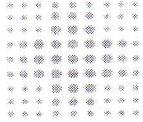
Lettera\_6244874.pdf.P7M

272DA538219B2DA888210CD91CCEC6B21F6F734121F2A57D1E3ED7E5FBBC194614FB023402DC04A7D39420AC6C21074DC80E44EB  
019DF65942AB2C0CB987ED58

DIALISI GENNAIO PORTO 2016 - ADIUVAT-1.xls.P7M

3C0018AA50144B3647E7B99748A9DCD45FB3DC8A75B0083D14FC18F518E907FD55758CFF50A7B0178F60EB19D05C874E8  
1101448896958BAC9400010

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.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

U.O. SERVIZI AMMINISTRATIVI DISTRETTUALI  
Il Direttore

Classifica L/03 fasc.22/2016.

Ferrara, 23/02/2016  
vedi segnatura .xml

Alla cortese attenzione di  
U.O. ECONOMICO FINANZIARIA  
e p.c. D.ssa V. Braglia

**Oggetto: RICHIESTA EMISSIONE MANDATO DI PAGAMENTO - ART.50 L.R.  
22/80-  
LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO SPESA PER RIMBORSI VIAGGI DIALISI AGLI  
ASSISTITI- A TUTTO GENNAIO 2016 - DISTRETTO SUD/EST-AMBITO DI  
PORTOMAGGIORE EURO 3.191,07 -LISTA ILS16\_0060**

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

**Euro 3.191,07**  
A FAVORE DI : n° 12 UTENTI (vedi elenco allegato)  
**LISTA ILS16\_0060**  
**C.D.C. 300021**

Si attesta che la spesa di cui sopra -da imputarsi al **conto n°810170072 "Altri rimborsi  
agli assistiti"** del Bilancio Sanitario 2016 - è regolare , rientra nei limiti del budget  
concordato e nulla osta alla liquidazione.

Cordiali saluti.

Il Dirigente  
GRECO MICHELE  
(lettera firmata digitalmente)

DISTRETTO SUD-EST  
Via R.Cavallotti,347  
44021 CODIGORO(FE)  
tel.0533/729906 -Fax 0533/729900

Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara  
Sede legale: Via Cassoli, 30 - 44100 Ferrara  
T. +39.0532.235.111 - F. +39.0532.235.688  
www.ausl.fe.it  
Partita IVA 01295960387