



AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE

Registrazione di spesa

STRUTTURA PROPONENTE: **Rischio Clinico**

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-2105-2020**

DATA: **11/09/2020**

OGGETTO: **Richiesta di risarcimento danni sig. P.L. (sx 12/2020/Rischio Clinico) c/ ASL TA – Liquidazione risarcimento danni a seguito di intervenuta transazione. Pagamento quota franchigia rientrante in SIR.**

Esercizio	Codice Conto	Tipo Movimento	Descr Tipo Movimento	Num Movimento e Descrizione	Importo	SIOPE	Codice CUP	Codice CIG	Fondi a destinazione vincolata	Annotazioni
2020	2301200012001				6500					

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

DELIBERAZIONE IN ORIGINALE

**A0B1D26CF27BB1F5B5DFC3455A14EC09293CDB3D
B45BA28737394E2CBB4A554E**

ATTESTAZIONE DELIBERAZIONE

**176F61739B1EA05E68871C9D7639E90809959DDD9F
CFBCC86F1D5EA1265F2F61**

Firmato digitalmente dal dirigente dell'A.G.R.E.F.