



**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO**  
**AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE**

**Registrazione di spesa**

STRUTTURA PROPONENTE: **Rischio Clinico**

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-2640-2020**

DATA: **12/11/2020**

OGGETTO:

**OGGETTO: Richiesta di risarcimento danni D.I.A. (sx 59/2019/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				40000,00					

DOCUMENTI:

*Documento*

*Impronta Hash*

**MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE**

**F6105A2EAD9ED62DE6AD2816DB9CAC3B35312B6**

**CFD122131F21007E3EE9D785D**

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