

Proposta Numero: **DEL-1683-2024**

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

Registrazione di spesa

STRUTTURA PROPONENTE: **Dipartimento delle Cure Primarie e Integrazione Sociosanitaria**

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-1683-2024**

DATA: **11/06/2024**

OGGETTO: **Impegno e liquidazione rimborso contributo P.M.A. – Anno 2024**

Esercizio	Codice Conto	Tipo Movimento	Descr Tipo Movimento	Num Movimento e Descrizione	Importo	SIOPE	Codice CUP	Codice CIG	Fondi a destinazione vincolata	Annotazioni
2024	70613000040		Contributi sussidi e assegni vari agli assistiti		1000,00					

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

E14C346E613D0FAB81032B955C85347349CFD997FB

AAA9A3F462392D902F34ED

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