

Proposta Numero: **DEL-2038-2024**

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

**Registrazione di spesa**

STRUTTURA PROPONENTE: **Rischio Clinico**

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-2038-2024**

DATA: **11/07/2024**

OGGETTO: **Richiesta di risarcimento danni eredi minore M.N. (Sx. 848/2015/Rischio Clinico) c/ ASL TA – Liquidazione risarcimento danni a seguito di Sentenza n°869/2024 procedimento R.G. n°641/2019 -. 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
2024	23012000200				200000,00					

DOCUMENTI:

*Documento*

*Impronta Hash*

**MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE**

**45E053FF2BAA3814C7468E3A07C969095D7B383445**

**EDE084D70C8B8C4C21CD64**

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