

Proposta Numero: **DEL-2849-2024**

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

**Registrazione di spesa**

STRUTTURA PROPONENTE: **Rischio Clinico**

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-2849-2024**

DATA: **11/10/2024**

OGGETTO: **Richiesta di risarcimento danni eredi D'I.V. (Sx. 1091/17/Rischio Clinico) c/ ASL TA – Liquidazione risarcimento danni a seguito di intervenuta transazione su proposta Conciliativa in sede di Giudizio -. 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**

**D15F3880EB487061ECB16BFC018B121AC1E2D4C79**

**1D810E64237C067F5B4C989**

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