

Allegato alla Det. N. Del -----

<b>PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI ESTERO</b>					
<b>DISTRETTO DI OLBIA</b>					
<b>N</b>	<b>PROT . ISTANZA</b>	<b>PROT. AUTORIZZAZIONE</b>	<b>ASSISTITO</b>	<b>IMPORTO</b>	<b>NOTE</b>
1	17/01/2023	2401	D.E	€ 315,69	spese sanitarie +spese di viaggio
				€ 240,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			<b>€ 591,69</b>	