

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

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSO PMA					
DISTRETTO DI OLBIA					
N	PROT . ISTANZA	PROT. AUTORIZZAZIONE	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	2303	3481	D.C	€ 1.975,01	spese di viaggio+spese sanitarie
				€ 45,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			€ 2.020,01	