



**PARERE MEDICO**

Esaminata la documentazione sanitarie si esprime PARERE \_\_\_\_\_

Alla concessione del rimborso spettante.

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO RESPONSABILE

\_\_\_\_\_

=====

**DECISIONE DEL RESPONSABILE DEL CENTRO DI RISORSA A.O.P.P.R.I.**

Si accoglie la domanda e quale concorso nelle spese sanitarie sostenute, si dispone l'erogazione dell'importo di € \_\_\_\_\_ (Euro \_\_\_\_\_) così determinato:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Per IL RESPONSABILE

\_\_\_\_\_

**ESTREMI DELLA LIQUIDAZIONE**

DATA	N° RICH. DI PAGAMENTO	SIGLA LIQUIDATORE