



**ASSISTENZA DOMICILIARE  
PROGRAMMATA – ADP**  
 Allegato 8 dell’ACN 51 del 4 aprile 2024  
 Art. 3 dell’AIR 1162 del 23 settembre 2024

**PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE MENSILE**

Dott. \_\_\_\_\_

Mese e anno di riferimento \_\_\_\_\_

COGNOME NOME DELL’ASSISTITO	N° ACCESSI (Cod. 00091)	NOTE	FIRMA assistito o del familiare responsabile dell’assistenza o dell’operatore competente del servizio sanitario o sociale
<b>TOTALE ACCESSI MENSILI</b>			

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

*Il presente prospetto di liquidazione dovrà pervenire - entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento - all’Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali – Direzione Area Territoriale – oppure tramite email: [convenzioninazionali@ausl.vda.it](mailto:convenzioninazionali@ausl.vda.it)*