las_valao.Azienda USL della Valle d'Aosta.PROTOCOLLO.U.0103359.08-11-2024

**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**
*Art. 1 e 2 dell'AIR 1162 del 23 settembre 2024*

**PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE MENSILE**

**RIUNIONI ADI/ADI-CP**

Dott. _____ Cod. Medico_____

Mese e anno di riferimento _____

| COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO | DATA DELL'INCONTRO | QUALIFICA OPERATORE SANITARIO/SOCIALE | FIRMA OPERATORE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| **TOTALE INCONTRI MENSILI** **(COD 05110)** | |

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***