

A.Li.Sa.
AZIENDA LIGURE SANITARIA DELLA REGIONE LIGURIA
C.F. / P. IVA 02421770997

Luogo, data del protocollo

Azienda Ligure Sanitaria Della Regione
Liguria – S.C. Autorizzazione
Accreditamento Qualità, Rischio Clinico
Direttore Dott.ssa Giorgia Auteri

Oggetto: Convenzione concernente le modalità di messa a disposizione e di impiego del personale delle Aziende/Comuni in qualità di “Verificatore “. Rimborso degli oneri derivanti dall’attività di verifica.

Con riferimento alla convenzione in oggetto, con la presente si richiede la liquidazione di Euroa titolo di rimborso delle spese sostenute dalla scrivente Azienda/Comune nel corso dell’annoper le trasferte specificate nel modulo allegato. Dette spese comprendono, nei casi previsti dalla convenzione (giornate di verifica o vigilanza presso strutture da accreditare o accreditate) il rimborso previsto dall’art. 6 della Convenzione.

IL rimborso delle suddette somme dovrà avvenire a mezzo di bonifico bancario sul conto corrente bancario intestato a:

Nome Azienda/Comune.....

Contabilità Speciale Banca d’Italia.....

L’Azienda/Comune scrivente si impegna inoltre a conservare in originale la documentazione giustificativa ed ogni altro documento relativo alle somme di cui sopra, fermo restando che codesta Azienda A.Li.Sa. potrà richiedere copia di tale documentazione.

Il Dirigente Responsabile dell’Azienda/
Rappresentante del Comune

A.Li.Sa.

AZIENDA LIGURE SANITARIA DELLA REGIONE LIGURIA

C.F. / P. IVA 02421770997

All.to: Modulo richiesta rimborso spese per attività di verifica per l'accreditamento istituzione **(da effettuarsi entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di effettuazione delle spese in oggetto).**

AZIENDA/COMUNE..... ANNO.....

VERIFICATORE	DATA TRASFERTA	A) SPESE DI TRASFERTA SOSTENUTE	B) RIMBORSO SPESE ART. 6 DELLA CONVENZIONE
TOTALE			
TOTALE A) + B)			

Il Dirigente Responsabile dell'Azienda/
Rappresentante del Comune

.....