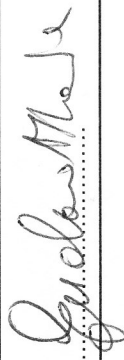


Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE	Anno : 2015
Tipo Istituzione : UNITA' SANITARIE LOCALI	Contratto : SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Istituzione : 10509 - ASL FG	
Unità Organizzativa : DSM ASL FG	

	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	S1	S1	S2	Ta	
	a	b	c	d	e	f	g	a																			A			b.	Ric
Tenute					X																						X				
Dichiarate					X																						X				
Inviare					X																						X				

**Il Modello inviato risulta certificato in data : 28/05/2016**

**Il Modello inviato è stato certificato la prima volta in data : 28/05/2016**

Firma del Responsabile del procedimento amministrativo di cui alla L. n. 241/90 ..... 

Si attesta la conformità dei dati con le scritture amministrative e contabili. In merito alle incongruenze evidenziate dal sistema SICO si confermano le giustificazioni addotte dall'Ente - Il Presidente del Collegio dei revisori dei conti.

Firma del Presidente del collegio dei revisori

Cognome	Nome	Data	Firma	Incarico	Data	Firma	Data	Firma	Data

Cognome	Nome	Data	Firma	Incarico	Data	Firma	Data

Area for stamp or additional signature.

Area for stamp or additional signature.

Area for stamp or additional signature.

Area for stamp or additional signature.