Al Dipartimento Salute Mentale
e Dipendenze Patologiche

c.a. Unità Amministrativa Area ……

Oggetto : Invio compensi utenti in Intervento Sociale Riabilitativo Attivo

per il mese di ……anno……..

UOS/UOSD ……

Cognome e nome	**Giorni frequenza**	**Importo €**	**Note**
		0,00	
		0,00	
		0,00	
		0,00	
		0,00	
		0,00	
		0,00	
		0,00	
		0,00	
		0,00	
		0,00	
		0,00	
	TOTALE	**0,00**	

Data _____

L'Operatore Referente

…….....

(firma)

Il Responsabile UOC/UOSD

……

(timbro e firma)