



BILANCIO - ASL ORISTANO

allegato alla Del.n° _____ del _____

FORM – ATTIVAZIONE PROGETTI SU FINANZIAMENTI VINCOLATI

SERVIZIO RICHIEDENTE _____
mail del responsabile _____

REFERENTE _____
recapito tel. _____

1) DGR RAS N° _____ DEL _____

OGGETTO:

ASSEGNAZIONE _____

ANNUALITA' _____

2) DELIBERA ASL di approvazione del progetto

N° _____ DEL _____

OGGETTO:

3) PROGRAMMAZIONE VOCI DI SPESA

Conto _____	Descrizione _____	Importo _____
Conto _____	Descrizione _____	Importo _____
Conto _____	Descrizione _____	Importo _____
Conto _____	Descrizione _____	Importo _____
Conto _____	Descrizione _____	Importo _____

DATA _____

FIRMA _____

SERVIZIO BILANCIO-SPAZIO RISERVATO

ATTIVAZIONE PROGETTO PROG. _____

ATTIVAZIONE AUTORIZZAZIONE VINCOLATA

AUT. _____	Descrizione _____	Importo _____
SUB. _____	Descrizione _____	Importo _____

DATA _____

FIRMA _____

Verrà inviato trimestralmente il report per il monitoraggio dei costi sul finanziamento, da trasmettere al Servizio Bilancio entro i 15 gg successivi al trimestre di riferimento.