

ALLEGATO A) IMPEGNATIVE DI CURA DOMICILIARE

**ICD 1 SEMESTRE 2014**

N°	COGNOME ASSISTITO	NOME ASSISTITO	COGNOME BENEFICIARIO CONTRIBUTO	NOME BENEFICIARIO CONTRIBUTO	CONTRIBUTO LIQUIDATO
1	T.	A.	C.	F.	€ 120,00

**ICD PROFILO M 1 TRIMESTRE 2015**

N°	COGNOME ASSISTITO	NOME ASSISTITO	COGNOME BENEFICIARIO CONTRIBUTO	NOME BENEFICIARIO CONTRIBUTO	CONTRIBUTO DA LIQUIDATO
1	C.	C.	C.	S.	€ 1.200,00
2	C.	F.M.	C.	F.M.	€ 1.200,00
3	F.	A.	T.	G.	€ 800,00
4	F.	O.L.	F.	D.L.	€ 1.200,00
5	F.	F.	B.	M.	€ 1.200,00
6	G.	A.M.	G.	A.M.	€ 1.200,00
7	M.	R.	P.	C.	€ 1.200,00
8	M.	G.	M.	M.	€ 1.200,00
9	M.	A.	D.	E.	€ 1.200,00
10	O.	F.M.	F.M	A.	€ 1.200,00
11	O.	L.	F.	R.	€ 1.200,00
12	T.	G.	B.	M.	€ 1.200,00
13	V.	M.E.	S.	M.O.	€ 1.200,00
14	Z.	G.	Z.	G.	€ 1.200,00
				TOTALE	€ 16.400,00