

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE \_\_\_\_\_

**SCHEDA ASSETTO ACCREDITATO E CONTRATTUALIZZATO - BUDGET DEFINITIVO (C.I.G.....)**

			Codice CUDES	<input type="text"/>
			Codice CUDES UOCP	<input type="text"/>
UOCP livello domiciliare	<input type="text"/>	UOCP livello residenziale	<input type="text"/>	UOCP livello day hospital
			Codice CUDES UCP-DOM	<input type="text"/>
			Parte integrante e sostanziale del contratto sottoscritto in data	<input type="text"/>
	Validità dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
Riferimenti provvedimento ATS	<input type="text"/>			

**STRUTTURA**Tipologia Denominazione **ENTE GESTORE**Denominazione sociale Comune sede legale 

Legale  
Rappresentante  
(od altro soggetto munito di rappresentanza legale)

Codice Fiscale Partita IVA **POSTI / TRATTAMENTI**

Accreditati	<input type="text"/>	A contratto	<input type="text"/>
		di cui inattivi per piano programma/sospesi per altre attività	<input type="text"/>
		di cui nuclei Stati Vegetativi	<input type="text"/>
		di cui nuclei Alzheimer	<input type="text"/>

**BUDGET DI PRODUZIONE**

	complessivo contrattato	<input type="text"/>
(solo per Riabilitazione/Cure Intermedie)	di cui Riabilitazione	<input type="text"/>
(solo per Riabilitazione/Cure Intermedie)	di cui Cure Intermedie	<input type="text"/>
(solo per cure palliative)	di cui cure palliative domiciliari	<input type="text"/>
(solo per cure palliative)	di cui cure palliative residenziali	<input type="text"/>

-----

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

**ATS** \_\_\_\_\_

Il Direttore Generale (o suo Delegato)

FIRMATO DIGITALMENTE

**Ente Gestore**

Il Legale Rappresentante (od altro soggetto munito di  
rappresentanza legale)

\_\_\_\_\_

FIRMATO DIGITALMENTE