

ALL 5



TRIBUNALE DI CAGLIARI
SEZIONE FALLIMENTARE

Il sottoscritto Cancelliere

CERTIFICA

Che la ditta **NUOVA CASA DI CURA S.R.L.**

Con Sede **CAGLIARI PIAZZA GALILEI 15**

Si trova nel pieno e libero godimento dei propri diritti, in quanto non risultano essere in corso procedure di concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa, amministrazione controllata e che la predetta Società non è stata dichiarata fallita.

Si rilascia in carta **LEGALE** a richiesta della **PARTE** per gli usi consentiti dalla legge.

Cagliari, 09.12.2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott.ssa M.D. Pisano)

Il presente allegato è composto da n° 01 fogli
di n° 01 pagine.

[Handwritten signature]

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

11 FEB. 2015

N. 176 DEL _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salla)

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu