

**Oggetto:** Prospetto di pagamento del contributo cure ortodontiche malattie rare ai sensi  
Deliberazione RAS 49/40 anno 2018- Liquidazione

| Cognome e Nome assistito | Località | Importo              |
|--------------------------|----------|----------------------|
| M.M.                     | Barrali  | € 3.000,00 (tremila) |

Il presente allegato è composto di n° 1 foglio

Il Responsabile del Distretto 5  
Sarcidano Barbagia di Seulo e Trexenta  
Dr. Maurizio Rachele  
F.to Digitalmente