

## MODULISTICA PER LA RENDICONTAZIONE

- Emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili -

### SEZIONE "A" - SCHEDA ANAGRAFICA SOGGETTO RESPONSABILE DELLA SPESA

SOGGETTO ATTUATORE

MINISTERO DELLA SALUTE

### SEZIONE "B" - SCHEDA RIEPILOGATIVA VOCI DI SPESA

DETTAGLIO VOCI DI SPESA:

SEZ. B1	SERVIZI, FORNITURE	€	-
SEZ. B2	DPI	€	-
SEZ. B3	ONERI DI PERSONALE	€	-
SEZ. B4	ONERI ESPERTI COMUNICAZIONE	€	-
SEZ. B5	ONERI DI MISSIONE	€	-
<b>TOTALE</b>		<b>€</b>	<b>-</b>

**SEZIONE "B" - SCHEDA 1 - "SERVIZI, FORNITURE"**

<b>SOGGETTO ATTUATORE</b>										<b>IMPORTO COMPLESSIVO</b>							
MINISTERO DELLA SALUTE										€ -							

#	AUTORIZZAZIONE		CONTRATTO / ODA		INDICARE: S = SERVIZIO F = FORNITURA	DESCRIZIONE FORNITURA / SERVIZIO	QUANTITÀ	FORNITORE		ESTREMI FATTURA / SCONTRINO				ESTREMI ORDINATIVO PAGAMENTO			ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €
	PROT. N.	DATA	NUMERO	DATA				NOME	P. IVA / C.F.	NUMERO	DATA	IMPONIBILE	IVA	NUMERO	DATA	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
<i>INSERIMENTO NUOVA RIGA</i>																			



SEZIONE "B" - SCHEDA 3 - "ONERI DI PERSONALE"																	
AUTORIZZAZIONE		COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	QUALIFICA	TIPO COMPETENZA	PERIODO DI RIFERIMENTO	N. ORE EFFETTIVO IMPIEGO	IMPORTO LORDO	IMPOSTE	ESTREMI PAGAMENTO <i>indicare una delle 2 opzioni</i>				ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €
PROT. N.	DATA										CEDOLINO STIPENDIO <small>(indicare mensilità)</small>	NUMERO ORDINATIVO	DATA ORDINATIVO	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
INSERIMENTO NUOVA RIGA																	

**SEZIONE "B" - SCHEDA 4 - "ONERI ESPERTI DELLA COMUNICAZIONE "**

SEZIONE "B" - SCHEDA 4 - "ONERI ESPERTI DELLA COMUNICAZIONE "																		
SOGGETTO ATTUATORE												IMPORTO COMPLESSIVO						
MINISTERO DELLA SALUTE												€ -						
#	AUTORIZZAZIONE		COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	QUALIFICA	TIPO COMPETENZA	PERIODO DI RIFERIMENTO	N. GIORNI EFFETTIVO IMPIEGO	IMPORTO LORDO	IMPOSTE	ESTREMI PAGAMENTO <i>indicare una delle 2 opzioni</i>				ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €
	PROT. N.	DATA										CEDOLINO STIPENDIO <small>(indicare mensilità)</small>	NUMERO ORDINATIVO	DATA ORDINATIVO	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
INSERIMENTO NUOVA RIGA																		

**SEZIONE "B" - SCHEDA 5 - "ONERI DI MISSIONE (VITTO - ALLOGGIO - TRASPORTO)"**

#		AUTORIZZAZIONE		COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	QUALIFICA	PERIODO DI RIFERIMENTO		ONERI VITTO	ONERI ALLOGGIO	ONERI TRASPORTO	DIARIA	ESTREMI PAGAMENTO <i>indicare una delle 2 opzioni</i>				ESTREMI QUIETANZA		IMPORTO €
		PROT. N.	DATA					DAL	AL					CEDOLINO STIPENDIO <i>(indicare mensilità)</i>	NUMERO ORDINATIVO	DATA ORDINATIVO	IMPORTO TOTALE	NUMERO	DATA	
		SOGGETTO ATTUATORE										IMPORTO COMPLESSIVO								
		MINISTERO DELLA SALUTE										€ -								
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				

INSERIMENTO NUOVA RIGA