

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE _____**SCHEMA ASSETTO ACCREDITATO E CONTRATTUALIZZATO - BUDGET DEFINITIVO**

			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"/>		

STRUTTURATipologia 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

*per l'Adi-UCDOM, indicare i Cudes ADI ante riclassificazione e quelli assegnati alla corrispondente UCDOM post riclassificazione. Il valore del budget è riferito al complesso delle due unità di offerta per l'esercizio 2023.