

Az. U.S.L. N. \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

(c.a.p.) (città)

distretto di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

(N.)

C.F./P.I.: \_\_\_\_\_

FAC-SIMILE

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Spett. le

**Coop. Sociale "CENTO FIORI" a R.L.**

Via Portogallo, N. 10

**47900 RIMINI RN**

Oggetto: Autorizzazione all'ingresso nel **Centro Osservazione e Diagnosi "L'Airone"**

Con la presente si autorizza l'ingresso del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,  
nato/a in \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_,  
nel Centro di Osservazione e Diagnosi "L'Airone" in via Crocetta n° 18 ad Argenta (FE),  
gestito dall'Ente in indirizzo, presso il quale verrà effettuato il programma terapeutico, a far  
data dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

L'autorizzazione così sottoscritta impegna la scrivente Azienda USL, al pagamento  
della retta giornaliera concordata (stabilita dalla Regione Emilia-Romagna con la Delibera n°  
1 del 10/01/2022 e decorrenza dal 01/01/2022 in materia di "prestazioni erogate a favore delle  
persone dipendenti da sostanze d'abuso") che corrisponde dall'anno 2022 a Euro 124,80  
maggiorata di IVA al 5%, per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ o, in assenza di  
date certe, per tutta la durata del programma terapeutico.

La fatturazione avverrà sulla base del numero effettivo dei pernottamenti.

Il pagamento di quanto dovuto all'Ente in indirizzo a fronte della/e fattura/e emessa/e  
dovrà essere effettuato entro 30 gg. come stabilito dalla L.R. N. 7 Art. 14 del 04.02.1994  
(norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale, attuazione della L. N. 381  
del 08.11.1991).

In caso di ritardato pagamento verranno applicati gli interessi di mora passivi previsti  
dalle leggi.

Distinti saluti.

Il responsabile