

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