

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  
**47922 RIMINI RN**

Oggetto: Autorizzazione all'ingresso nel **Modulo per Doppia Diagnosi della Comunità Terapeutica** di "Vallecchio"

Con la presente si autorizza l'ingresso del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a in \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_, nel Modulo per Doppia Diagnosi della Comunità Terapeutica di "VALLECCHIO", 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 - **50% a carico del Ser.T. e 50% a carico del C.S.M.** - (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 anche per l'anno 2024 ad Euro 124,73 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