

COLLABORATORE	ATTO CONFERIMENTO	OGGETTO INCARICO	DURATA INCARICO		COMPENSO	ATTESTAZIONE (*)	COMPENSO EROGATO				
(Cognome e nome / Ragione sociale)	(determinazione: n. reg. gen. e data)	(tipologia incarico o attività professionale)	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)	(previsto o presunto)	(Si/No)	1° acconto	2° acconto	3° acconto	4° acconto	saldo
AVV. FULVIO LORIGIOLA	Delib. Giunta n. 89 del 03/08/2011 Determina n. 472 del 05/08/2011 Determina n. 597 del 12/11/2013	PARERE LEGALE RELATIVO A P.I.R.U.E.A. AREA OSPEDALIERA	03/08/2011	05/08/2011	€ 634,40	NO	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 634,40

(*) attestazione di avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi