



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

DETERMINA N 103 DEL 22 FEB 2024

OGGETTO: Affidamento, ai sensi dell'art. 50, comma 1, lett. b), del D.Lgs. 36/2023 in somministrazione eventuale annuale, del servizio di trasporto di infermi/infortunati a mezzo ambulanza tipo "B" marca Renault, modello FDCUH6 Master targata: CW510PX, effettuato dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA, per il periodo dal 13/10/2023 al 31/12/2024, o comunque fino ad esaurimento della spesa massima complessiva presunta di euro 39.000,00 oltre IVA al 5%.

CIG:B05C8DDDDAD

U.O.C. SERVIZIO PROVVEDITORATO- U.O.S. GARE SERVIZI E LAVORI PUBBLICI

Proposta N 529 del 22/02/2024

Il Responsabile del Procedimento
Il Collaboratore Amm. Prof.
Dott. Antonio Zingali

RUP
Il Responsabile U.O.S. Gare Servizi e Lavori Pubblici
Dott. Salvatore Mingrino

IL DIRETTORE
U.O.C. SERVIZIO PROVVEDITORATO
Dott.ssa Maria Concetta Perna

Maria Concetta Perna

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente determina.

Autorizzazione n. 2 sub 127 del 2023 502011105
2 sub 37 del 2024

Il Responsabile del procedimento
IL COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
Maria Concetta Perna
D.ssa Nadia Chiriaci

IL DIRETTORE DEL SEFP
DEL SERVIZIO ECONOMICO
FINANZIARIO ENNA
Dott.ssa A. P. L. T. O.

Registro Provvisorio n. _____ del 22.02.2024

IL DIRETTORE DELL' U.O.C. SERVIZIO PROVVEDITORATO

L'anno duemilaventiquattro il giorno... 22 FEB 2024 ...del mese di nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, a seguito di atto di "Delega al Direttore UOC Servizio Provveditorato" Prot. N°17238 del 15/02/204 del Commissario Straordinario Dr. Mario Zappia.

VISTO il D. Lgs. n° 502/1992 s.m.i.;

VISTA la L.R. n° 5/2009;

VISTA la Delibera n.1 del 22/09/2009 con la quale è stato approvato l'atto costitutivo dell'ASP di Enna;

VISTO l'Atto Aziendale approvato in via definitiva con delibera n. 857 del 12/06/2020, parzialmente rettificata con delibera n. 902 del 19/06/2020;

VISTO il Regolamento di organizzazione e funzionamento di questa A.S.P.; Area Amministrativa adottato con delibera n.829 del 24/10/2016, che stabilisce le attività della U.O.C. Servizio Provveditorato e le competenze conseguentemente attribuite al Responsabile del predetto Servizio;

VISTO l'atto di "Delega al Direttore della U.O.C. Servizio Provveditorato", prot. n.17238 del 15/02/2024, a firma del Commissario Straordinario Dr. Mario Zappia, che conferma le competenze del Direttore della U.O.C. Servizio Provveditorato, definite nei superiori atti normativi e regolamentari alle quali afferisce l'adozione della presente determina;

PREMESSO che, con Autorizzazione Sanitaria n.1644 del 07/07/2023, il Commissario Straordinario pro tempore, ha autorizzato il Signor Alfonso Amico, nella qualità di Legale Rappresentante dell' "A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA A.R.L.", Partita IVA: 01310620867, con sede legale in via Boris Giuliano n.6, cap:94100, Enna (EN), pec: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it, ad effettuare il servizio di trasporto di infermi/infortunati a mezzo ambulanza tipo "B" marca Renault modello FDCUH6 Master targata:CW510PX;

DATO ATTO che, con note prot. n.117733 del 13/11/2023, n.127376 del 07/12/2023, n.128634 del 12/12/2023, n.3441 del 11/01/2024, n.12886 del 02/02/2024, n.16365 del 13/02/2024 e n.17305 del 15/02/2024, il Direttore della U.O.C. Amministrativa Area Sud, ha trasmesso al Servizio Provveditorato i fogli di viaggio e le note di spesa relative al trasporto, a mezzo ambulanza tipo "B", marca Renault, modello FDCUH6 Master targata: CW510PX, effettuati dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l., richiedendo di procedere al relativo pagamento dei rimborsi, allegati al presente provvedimento per farne parte integrante;

CHE, in data 13/02/2024, si è provveduto ad avviare procedura per l'affidamento diretto, ai sensi dell'art. 50 comma 1, lett. b), del D.Lgs 36/2023, in somministrazione eventuale annuale, del servizio di trasporto di infermi/infortunati a mezzo ambulanza tipo "B", marca Renault, modello FDCUH6 Master targata: CW510PX, effettuato dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l., con ID Negoziazione n.4045265, precisando che la suddetta T.D. è da intendersi con validità dal 13/10/2023 fino al 31/12/2024 o comunque, fino ad esaurimento dell'importo massimo presunto di euro 39.000,00 oltre IVA al 5%, pari ad euro 40.950,00 IVA al 5% inclusa;

CHE, entro il termine di scadenza delle ore 10,00 del 15/02/2024, è pervenuta, tramite portale Me.Pa., offerta da parte dell'Operatore Economico A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l., con allegata tutta la documentazione amministrativa, tecnica ed economica richiesta firmata digitalmente;

RITENUTO di affidare il servizio in argomento, ai sensi dell'art. 50, comma 1, lett. b), del D.Lgs. 36/2023 in somministrazione eventuale annuale, per il periodo dal 13/10/2023 al 31/12/2024, o, comunque, fino ad esaurimento della spesa massima complessiva di euro 39.000,00 oltre IVA al 5%, pari ad euro 40.950,00 IVA al 5% inclusa;

RITENUTO, altresì, di prendere atto dell'effettivo servizio di trasporto di infermi/infortunati, già espletato dal 13/10/2023 al 07/02/2024, come risulta dalle note citate in premessa, trasmesse dal Direttore U.O.C. Amministrativa Area Sud, a mezzo ambulanza tipo "B", marca Renault, modello FDCUH6 Master targata: CW510PX, effettuato dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA

a.r.l., Partita IVA: 01310620867, con sede legale in via Boris Giuliano n.6, cap:94100, Enna (EN), pec: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it;

CHE la spesa di € 11.826,09 oltre IVA al 5%, pari a € 12.417,39 IVA al 5% inclusa, relativa al servizio di trasporto a mezzo ambulanza tipo "B", marca Renault, modello FDCUH6 Master, targata: CW510PX, effettuato dal 13/10/2023 al 07/02/2024, dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l., e la spesa di € 28.532,60 presumibilmente occorrente per il periodo dal 08/02/2024 al 31/12/2024, graverà sul conto economico n. 502011105 "Trasporto di infermi" dei rispettivi bilanci economici di competenza come di seguito elencato:

Anno 2023 dal 13/10/2023 al 31/12/2023: € 7.686,43 IVA al 5% inclusa,

Anno 2024 dal 01/01/2024 al 07/02/2024: € 4.730,96 IVA al 5% inclusa;

Anno 2024 dal 08/02/2024 al 31/12/2024: € 28.532,60 IVA al 5% inclusa.

DATO ATTO, a seguito dell'istruttoria effettuata, che il presente provvedimento, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L.20 dicembre 1996 n.639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n.190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano aziendale della prevenzione della corruzione 2023/2025";

VISTI I SEGUENTI ALLEGATI ALLA PRESENTE DETERMINA:

- A. Autorizzazione Sanitaria n.1644 del 07/07/2023, a firma del Commissario Straordinario pro tempore;
- B. Note prot. n.117733 del 13/11/2023, n.127376 del 07/12/2023, n.128634 del 12/12/2023, n.3441 del 11/01/2024, n.12886 del 02/02/2024, n.16365 del 13/02/2024 e n.17305 del 15/02/2024, a firma del Direttore della U.O.C. Amministrativa Area Sud.

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

1. DI PRENDERE ATTO delle note prot. n.117733 del 13/11/2023, n.127376 del 07/12/2023, n.128634 del 12/12/2023, n.3441 del 11/01/2024, n.12886 del 02/02/2024, n.16365 del 13/02/2024 e n.17305 del 15/02/2024, con le quali il Direttore della U.O.C. Amministrativa Area Sud ha trasmesso al Servizio Provveditorato i fogli di viaggio e le note di spesa relative al trasporto, a mezzo ambulanza tipo "B", marca Renault, modello FDCUH6 Master targata: CW510PX, effettuati dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l., richiedendo di procedere al relativo pagamento dei rimborsi, allegati al presente provvedimento per farne parte integrante.

2. DI AFFIDARE il servizio in argomento ai sensi dell'art.50, comma 1, lett.b), del D.Lgs. 36/2023 in somministrazione eventuale, per il periodo dal 13/10/2023 al 31/12/2024, o comunque fino ad esaurimento della spesa massima complessiva presunta di euro 39.000,00 oltre IVA al 5%, pari ad euro 40.950,00 IVA al 5% inclusa.

3. DI DARE ATTO che i servizi in argomento sono puramente indicativi in termini di numero di trasporti da effettuare fino alla scadenza contrattuale prevista e, quindi, non impegnativi e che, pertanto, non costituiscono impegno o promessa di pagamento dell'importo massimo presunto di spesa essendo subordinate a circostanze non esattamente predeterminabili.

4. DI PRENDERE ATTO dell'effettivo servizio di trasporto di infermi/infortunati, a mezzo ambulanza tipo "B" marca Renault, modello FDCUH6 Master targata: CW510PX, effettuato dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l., Partita IVA:01310620867, con sede legale in via Boris Giuliano n.6, cap:94100, Enna (EN), pec:adaservicesoc.cooparl@legalmail.it, al prezzo di

€ 11.826,09 oltre IVA al 5%, pari a € 12.417,39 IVA al 5% inclusa, nel periodo dal 13/10/2023 al 07/02/2024, come risulta dalle note citate in premessa, trasmesse dal Direttore U.O.C. Amministrativa Area Sud.

CONTRATTO DEFINITIVO N.14/2024 – CIG: B05C8DDDDAD

5. DI DARE ATTO che la spesa di € 11.826,09 oltre IVA al 5%, pari a € 12.417,39 IVA al 5% inclusa, relativa al servizio di trasporti a mezzo ambulanza tipo "B" marca Renault modello FDCUH6 Master, targata: CW510PX, effettuato dal 13/10/2023 al 07/02/2024, dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l., e la spesa di € 28.532,60 presumibilmente occorrente per il periodo dal 08/02/2024 al 31/12/2024, graverà sul conto economico n. 502011105 "Trasporto di infermi" dei rispettivi bilanci economici di competenza come di seguito elencato:
Anno 2023 dal 13/10/2023 al 31/12/2023: € 7.686,43 IVA al 5% inclusa,
Anno 2024 dal 01/01/2024 al 07/02/2024: € 4.730,96 IVA al 5% inclusa;
Anno 2024 dal 08/02/2024 al 31/12/2024: € 28.532,60 IVA al 5% inclusa.

6. DI DARE MANDATO al Responsabile dei Magazzini Economici Area Sud, per il tramite del Magazziniere del P.O. Umberto I di Enna, di provvedere, dopo la ricezione della comunicazione dell'avvenuta stipula contrattuale, all'emissione dell'ordine informatico (NSO) e al Direttore U.O.C. Amministrativa Area Sud di provvedere al ricevimento informatico e alla liquidazione delle spettanze, con contestuale trasmissione al SEFP del "fascicolo di liquidazione", debitamente firmato digitalmente, per il pagamento, dietro presentazione di regolare fattura da parte della ditta individuata per la fornitura in argomento, previa attestazione di regolarità espressa dal Direttore della Esecuzione del Contratto, di seguito individuato.

7. DI NOMINARE, ai sensi dell'art.114 del D.Lgs. n.36/2023, quale Direttore dell'Esecuzione del Contratto, il Direttore della U.O.C. Amministrativa Area Sud, per gli adempimenti connessi alla gestione del contratto in argomento.

8. DI NOTIFICARE il presente provvedimento al Direttore dell'Esecuzione del Contratto indicato al punto precedente, al Responsabile del Magazzino Economico del P.O. Umberto I di Enna, e al Direttore del SEFP, per i consequenziali adempimenti di rispettiva competenza.

9. DI DICHIARARE il presente provvedimento immediatamente esecutivo, stante l'urgenza di provvedere alla necessaria liquidazione e al pagamento delle spettanze dovute per il servizio di trasporto effettuato dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l.

Il Direttore
U.O.C. Servizio Provveditorato
Dott.ssa Maria Concetta Perna

Maria Concetta Perna

Si dichiara che la presente determina è stata trasmessa all'Ufficio Delibere in data _____

L'Incaricato _____

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente determina, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'Albo Pretorio Informatico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., e dell'art.32 della L.n.69 del 18/06/2009

dal 25 FEB 2024 al 10 MAR 2024

L'incaricato

PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
IL DIRIGENTE AMM. VO U.O.C. COORDINAMENTO STAFF

Notificata al Collegio Sindacale il con nota prof. n°

ESECUTIVITA' DETERMINA

- esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.R. n° 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n° 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____
- immediatamente esecutiva dal 22 FEB 2024

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO UFFICIO DELIBERE

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n° _____ del _____
- Modifica con provvedimento n° _____ del _____

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

REGIONE SICILIANA



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

VIALE DIAZ 7/9 94100 ENNA

Direttore

Dr. Giuseppe L'Esposito

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. S.I.A.V.

Servizio Igiene Ambienti di Vita

ASIEGATO A
 [Signature]

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista l'istanza dell'"A.D.A. Service Soc. Coop. A.r.l.", a firma del Rappresentante Legale Sig. Alfonso Amico (c.f. MCALNS95C14C342Z), con sede legale in Enna, Via Boris Giuliano n. 6, acquisita al prot. n. 58004 del 29.05.2023, richiedente l'Autorizzazione Sanitaria su ambulanza targata CW510PX e la specificazione prot. n. 71992 del 05.07.2023, che il trasporto di infermi/infortunati avverrà con tale ambulanza di tipo "B";

Esaminata la documentazione allegata alla predetta istanza che si ritiene esaustiva sotto il profilo formale e sostanziale e che rimane agli atti dell'U.O.C. SIAV di Enna;

Acquisito l'esito del sopralluogo prot. n. 69616 del 28.06.2023 che certifica l'idoneità dell'ambulanza di tipo B tg. CW510PX all'uso a cui viene destinata;

Vista l'autocertificazione resa dal Rappresentante Legale ai sensi dell'art. 67 del D. Lgs. 159/2011;

Dare atto che l'automezzo viene regolarmente ricoverato presso locali idonei;

Dare atto che sono stati regolarmente versati i diritti sanitari;

Visto il T.U.U.L.L.SS. n. 1265 del 27/07/1934;

Vista la Legge n. 296 del 13/03/1958;

Visto il D.M. n. 553 del 17/12/1987;

Vista la Circolare Ass. Reg. Sanità n. 615 del 14/12/1991;

Vista la L.R. n. 30 del 03/11/1993;

Vista la L.R. n. 33 del 20.08.1994;

per quanto in premessa che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

AUTORIZZA

Il signor Alfonso Amico, (c.f. MCALNS95C14C342Z) nato a Enna il 14.03.1995 e residente in Calascibetta, via Longobardi n. 25 nella qualità di Rappresentante Legale dell'"A.D.A. Service

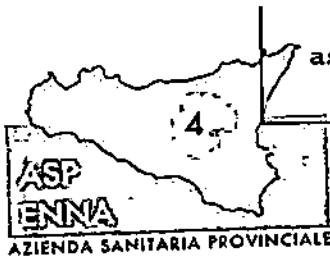


Soc. Coop. A.r.l. con sede legale in Enna, via Boris Giuliano n. 6, ad effettuare il servizio di trasporto di infermi/infortunati a mezzo ambulanza tipo "B" marca Renault modello FDCUH6 Master tg. CW510PX".

La presente Autorizzazione non costituisce titolo giuridico per le erogazioni di prestazioni a carico del S.S.N. ed è subordinata e vincolata altresì al rispetto delle prescrizioni di seguito elencate:

- 1. l'ambulanza deve essere annualmente sottoposta a verifica e dopo ogni servizio effettuato sottoposta a pulizia e disinfezione;*
- 2. il trasporto degli infermi avverrà sotto la diretta responsabilità del Direttore Sanitario Dott. Edoardo Leanza e con l'assistenza del personale previsto dalla normativa vigente;*
- 3. il trasporto degli infermi/infortunati a mezzo ambulanza va effettuato compilando, a cura del personale addetto, un foglio di accompagnamento nel quale vengono registrate le seguenti annotazioni: orario, giorno e luogo del prelievo e/o rilascio dell'infermo/infortunato;*
- 4. le tariffe applicate sono quelle stabilite dalla normativa regionale vigente e debbono essere ben visibili all'utenza;*
- 5. qualsiasi modifica riguardante l'ambulanza, i locali di rimessa, la denominazione e la direzione sanitaria dovrà essere autorizzata dall'ASP di Enna.*

*Il Commissario Straordinario
Dott. Francesco Iudica*



aspe.ASP_ENNA.REGISTRO UFFICIALE I.000944011-01-2024

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

P. IVA 01151150867

www.asp.enna.it

U.O.C. Amministrativa Area Sud

Direttore: *Avv. Anna Farruggio*

Segreteria

0935.516743

UFFICIO

- Distretto di Piazza Armerina 0935/981880
- Distretto di Enna 0935/520582
- Distretto di Nicosia 0935/671216

uocdirezioneamm.areasud@asp.enna.it
dir.amministrativaenna1@pec.asp.enna.it

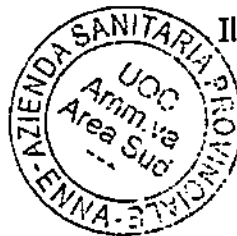
Oggetto: Trasmissione fogli di viaggio e note spese relative al servizio di trasporto a mezzo ambulanza
- A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna

Sig. Direttore UOC Servizio Provveditorato

e p.c. Alla Direzione Medica P.O. Umberto I

Dovendo procedere al pagamento dei rimborsi relativi al servizio di trasporto a mezzo ambulanza della Società **A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna** in allegato si trasmettono note spese con attestazione posta in calce da parte della Direzione Medica P.O. Umberto I, di servizio regolarmente effettuato.

Quanto sopra, al fine di voler provvedere all'emissione dell'ordine informatico.



Il Dirigente U.O.S. Amministrativa Area Sud
Dott. Orazio Di Pasqua



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

P. IVA 01151150867
www.asp.enna.it

U.O.C. Amministrativa Area Sud

Direttore: *Avv. Anna Farruggio*
Segreteria
0935.516743

UFFICIO

- Distretto di Piazza Armerina 0935/981880
- Distretto di Enna 0935/520582
- Distretto di Nicosia 0935/671216

uocdirezioneamm.areasud@asp.enna.it
dir.amministrativaenna1@pec.asp.enna.it

Oggetto: Trasmissione fogli di viaggio e note spese relative al servizio di trasporto a mezzo ambulanza
- A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna

Sig. Direttore UOC Servizio Provveditorato

e p.c. Alla Direzione Medica P.O. Umberto I

Alla Direzione Medica P.O. Basilotta

Dovendo procedere al pagamento dei rimborsi relativi al servizio di trasporto a mezzo ambulanza della Società **A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna** in allegato si trasmettono note spese con attestazione posta in calce da parte della Direzione Medica P.O. Umberto I e della Direzione Medica P.O. Basilotta, di servizio regolarmente effettuato.

Quanto sopra, al fine di voler provvedere all'emissione dell'ordine informatico.



Il Direttore U.O.C. Amministrativa Area Sud

Anna Farruggio



C.F./P.IVA 01151150867

Servizio: UOEPSA
Tel. 0935/520805
Cell. 3481689708
Email:

Enna 26/01/2024

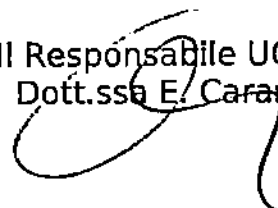
All'UOC Provveditorato
SEDE

Oggetto: Richiesta acquisto toner.

Si richiede l'acquisto di n. 2 toner black
per la stampante modello HP-Color Laser jet PRO MFPM477fdw in dotazione alla
UOS.EPSA.

La presente richiesta è giustificata dal fatto che in atto il magazzino generale ne
risulta sprovvisto.

Il Responsabile UOS.EPSA
Dott.ssa E. Caramanna





DATA: 07/12/2023
NOTA N°: 47

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 07/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Urologia P.O. Umberto I di Enna (EN) - A Rep. Radiologia P.O. Garibaldi Nesima di Catania (CT).	
Km Percorsi 185 x € 1.30 Ore di attesa 3 x € 10.00	€ 240.50 € 30.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 07/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 270.50



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.coopari@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. s.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O.: Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01810620867 - Per: adaserviciosoc.coop@legalmail.it
Mail: adaserviciocad@gmail.com - Cell: 877-8082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40192 del 1904/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07.07.2023

Visto

INFERMIERE MEDICINA PP.OO.
DOTT. ANGELA M. MONTALBANO

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>02-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CV 510 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>8:30</u> ORARIO RIENTRO <u>14:30</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANU LO P.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>MAURO FARAG. / A. Far.</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> Reparto: <u>UROLOGIA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>PITTA</u> Nome <u>CLAUDIA LUCIA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>RADIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GARIBALDI NESINA - CATANIA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>			
DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. GARIBALDI NESINA (CT)</u>			
DA <u>P.O. GARIBALDI NESINA</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u>			
DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>			
KM DI PARTENZA <u>207082</u>	KM DI ARRIVO <u>207266</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>184</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	



1

DATA: 06/12/2023
NOTA N°: 46

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 06/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 101 x € 1.30	€ 131.30
Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 06/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 141.30

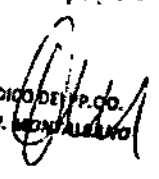


Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023


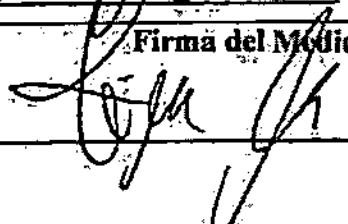
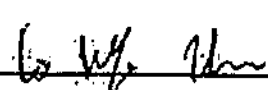


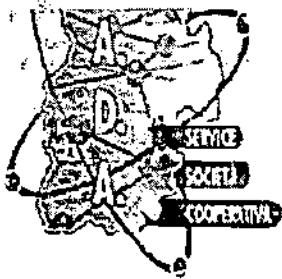
Visto


 EMITTORE MEDICO DEL P.P.CO.
 ANGELA M. SPINALEANO

A.D.A. Service Soc. Coop. n.r.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. IVA/CF. 01910020867 - Pec: ada.service.soc.coop.nrl@legalmail.it
 Mail: adaserviceenrl@gmail.com - Cell: 877-8082546.
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

**DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP-ENNA**

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>06-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>EW 510 PK</u> ORARIO PARTENZA <u>11:25</u> ORARIO RIENTRO <u>15:50</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCOSO C.</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>L. HONG G. W. SP. P.P.S.</u> Infermiere <u>LA SELVA G. ACCIARI</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____	DATI PAZIENTE Cognome <u>DI ANNA</u> Nome <u>ANTONIO MO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CARDIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO		
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>		
KM DI PARTENZA <u>206980</u>	KM DI ARRIVO <u>207081</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>101</u>
Firma Autista Soccorritore 	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico 		Firma Infermiere 



ADA Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 91100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 91010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopar@legalmail.it
Mail: adaserviceait@gmail.com - Cell. 877-3082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: X Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>12-10-2023</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>6:45</u> ORARIO RIENTRO <u>14:00</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCOSO GIANLUCA</u> 1° Soccorritore <u>" "</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>" "</u> Infermiere <u>AUGUSTA ANTONIO</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. CARLO BASILOTTA (NICOSIA)</u> Reparto: <u>MEDICINA GENERALE</u> Medico o Infermiere Richiedente:		DATI PAZIENTE Cognome <u>BUONDONNO</u> Nome <u>ANTONietta</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>R.M.</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u> A <u>P.O. CARLO BASILOTTA (NICOSIA)</u> <small>Medicina</small> DA <u>P.O. CARLO BASILOTTA</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA (R.M.)</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. CARLO BASILOTTA</u> DA <u>P.O. CARLO BASILOTTA</u> A <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u>					
KM DI PARTENZA <u>202506</u>		KM DI ARRIVO <u>202680</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>124</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>		Firma 1° Soccorritore <u>" "</u>		Firma 2° Soccorritore <u>" "</u>	
Firma del Medico <u>" "</u>			Firma Infermiere <u>[Firma]</u>		



REGISTRO AMBULANZE PRIVATE

1) Paziente: nome e cognome ANBUNIA BUONICCONTI2) U.O. di ricovero del paziente: REGIONIA3) Motivazione del trasporto: ACCIDENTE TI DIAGNOSTICI4) Nome associazione privata: A.D.A SERVICE5) Data 16 / 10 / 2023 ed ora 15:00 di chiamata

6) dell'associazione privata;

7) Eventuale indisponibilità del mezzo dell'associazione privata: _____

C.R.I8) Data di partenza 17 / 10 / 2023 ora 8:009) Ambulanzista DANUSO GIAMUCA10) Infermiere ALECCIA ANTONIO

11) Medico _____

12) Altre persone autorizzate ad accompagnare il paziente _____

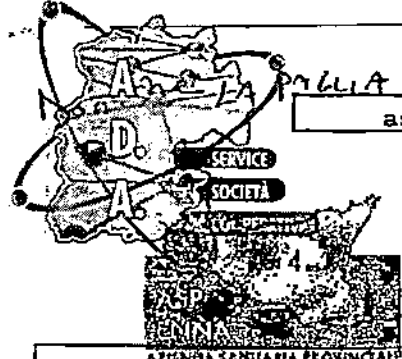
13) Ospedale di destinazione OSPEDALE URBENIO I DI ENNAC/O RADIOLOGIA14) Data di rientro 17 / 10 / 2023 ora 13:00

MEDICO CHE RICHIEDE L'AMBULANZA

5/17/23

L'AUTISTA

26-10-2023
All'ide
E



DATA: 16/10/2023
NOTA N°: 17

Azienda Sanitaria Provinciale
di Enna
U.O.C. DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Cattedra di Scienze dell'apparato locomotore

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA CON CONDIZIONE DI VIAGGIO N. 1 DEL 16/10/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto soccorso Basilotta Nicosia (EN) A Rep. Chirurgia Maxillo Facciale P.O. Catania (CT).	Al Direttore Medico di Presidio Al Capo Dipartimento di Chirurgia Al Direttore U.O.C. Provveditorato Al Direttore U.O.C. Farmacia
Km Percorso: 282 Ore di attesa 2 x € 10,00	€ 366.60
Richiesta urgente di fornitura prodotti in gara	€ 20.00
Con la presente si richiede la fornitura con carattere di URGENZA del seguente prodotto:	
- ARTROSCOPIO 4mm x30° cod. 72202087	Imponibile Iva 5 % € 367.27 € 19.33
TOTALE iva compresa	€ 386.60

LOTTO 165 -- REP 1025353 -- CND Z12021101 -- PREZZO EURO 2293,60

Si comunica che il fabbisogno annuo è di 40 pezzi
Confidando in un sollecito riscontro, alla presente si inviano distinti saluti



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amicci Direttore
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
P.O. UMBERTO I
A.S.P. 4 ENNA

Verificata
Dott. Michelangelo Cardinale
ASP ENNA
P.O. C. BASILOTTA - NICOSIA
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

IL DIRETTORE SANITARIO
A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



REGISTRO AMBULANZE PRIVATE

1) Paziente: nome e cognome PIRVA ANTONIETTA MARIANI FAVIENITO

2) U.O. di ricovero del paziente: P.S.

3) Motivazione del trasporto: CONSULENZA

C/O CHIR. PAXILLO FACILE

4) Nome associazione privata: A.D.A SERVICE

5) Data 15 / 10 / 2023 ed ora 17:00 di chiamata

6) Associazione privata;

7) Eventuale indisponibilità del mezzo dell'associazione privata: _____

C.R.I.

8) Data di partenza 16 / 10 / 2023 ora 8:00

9) Ambulanzista PANCOSO GIAMLUCA

10) Infermiere ALIEGRA ANTONIO

11) Medico _____

12) Altre persone autorizzate ad accompagnare il paziente LA MADRE

13) Ospedale di destinazione SAN PANCRO CAPANIA

14) Data di rientro 16 / 10 / 2023 ora 13:45

15) MEDICO CHE RICHIEDE L'AMBULANZA
[Signature]

L' AUTISTA
[Signature]

Il Direttore U.O.C. Farmacia Ospedaliera
Dr.ssa Maria Ruscia
Direttore
U.O.C. Farmacia Ospedaliera
Dott.ssa Maria Ruscia

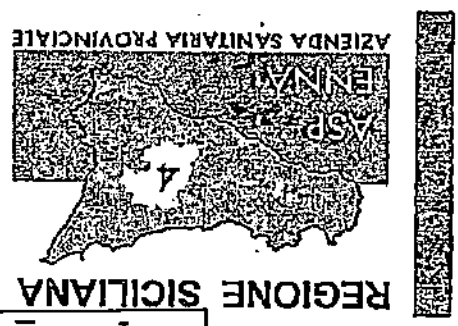
Cordiali saluti

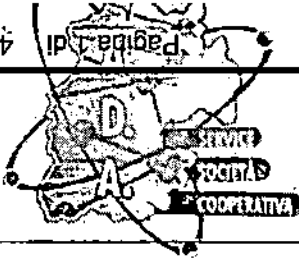
Ad integrazione della nota 3256 del 10/01/2024 si chiede la proroga del contratto 731/2019 e, come da nota 91305 del 04/09/2023, a firma del responsabile dell' U.O.C di Ortopedia, l'implementazione di € 95.000 semestrali.

Oggetto: Integrazione nota 3256 Proroga contratto Exactech protesì Papardo

Al Direttore U.O.C Proveditorato
Dr.ssa Maria Concetta Perra

U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA
P.O. Umberto I
Contratto Ferrante 94100 Enna
Direttore dott.ssa Maria Ruscia
Telefono 0935/516769
Email farmaciaimpbno@aspe.emna.it





Contratto ponte Ditta Biomeneux sino al 31/12/2023 ex contratto 206/2020

CIG: 979184454A

Enna.

CS - 2023 - 676 - Approvazione contratto ponte con la Ditta Biomeneux Italia Spa, sino al 31/12/2023, per la fornitura di "Sistema automatico per diagnosi veloce agenti patogeni-RDO 2483474" per i Laboratori UOC Patologia Clinica dell'A.S.P. di Enna.

Provedimento:

MFCJ5910DW MULTIFUNZIONE

1280XLM MAGENTA PER

CARTUCCIA BROTHER LC-NR

141208

24,40

0,00

22

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N° DEL

CS - 2023 - 676 - Approvazione contratto ponte con la Ditta Biomeneux Italia Spa, sino al 31/12/2023, per la fornitura di "Sistema automatico per diagnosi veloce agenti patogeni-RDO 2483474" per i Laboratori UOC Patologia Clinica dell'A.S.P. di Enna.

Provedimento:

Valore ordinato: 0,00

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE

IMPORTO

113925 MANUTENZIONI SU NOEGGI-SV 1,00 7.000,0000000 0,00 22 8540,00

TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Malattie Infettive P.O. Umberto I° a Rep. Pneumologia P.O. Canino Piazza Armerina

CS - 2023 - 676 - Approvazione contratto ponte con la Ditta Biomeneux Italia Spa, sino al 31/12/2023, per la fornitura di "Sistema automatico per diagnosi veloce agenti patogeni-RDO 2483474" per i Laboratori UOC Patologia Clinica dell'A.S.P. di Enna.

Provedimento:

Valore ordinato: 0,00

113745 CANONI NOLEGGIO SV 1,00 13.000,0000000 0,00 22 15860,00

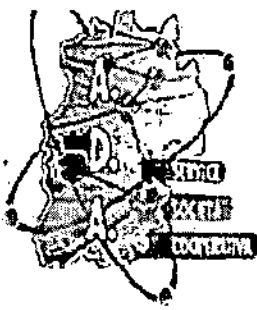
Quantita	Prezzo	Importo	Imposta	Importo
			5%	4,62
				90,30

ESTENSIVE QUIN-O-DORRIBI-GO-DETERMINA-N° 657 DEL 24/08/2023
In data 29/12/2024 il contratto 544/2023 viene incrementato di € 8.024,80
n.900/2023, previa autorizzazione del Dirigente Del Servizio Proveditorato. (Nota prot.127866 del 11/12/2023)

TOTALE iva compresa € 90,30

DESCRIZIONE : Approvazione contratto ponte con la Biomedeux S.p.A. per diagnosi veloce agenti patogeni-RDO 24834748#8221; per i Lab. UOC Patologia Clinica

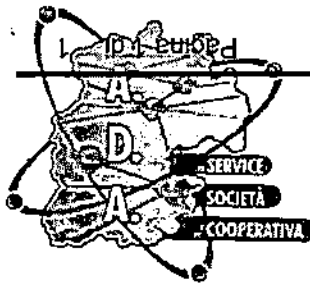
DATI CONTRATTO
 MAGAZZINO della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
 Rag. Alfonso
 Il Legale Rappresentante
 GARA
 CDIC RIC
 VALDO : 26/04/2023 31/12/2023
 TIPO : 3- CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE
 ANNO : 2023 - 544
 FORNITORE : 14976 - BIOMERIEUX ITALIA S.p.A.
 VIA Fiume Bianco, 56
 00144 FIRENZE, FI
 Telefono : 06 5230855
 FAX : 800 012060



ADA Service Soc. Coop. n.r.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 91100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 91010 Calascibetta (EN)
 P. box/CE 01810620067 - Proc. adservice.soc.coop@legalmail.it
 Mail: adservice@admail.com Cell. 377 30825 46
 Circolizzazione Albo Coop. C/10122 del 13/04/2023 - Avv. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>21/10/20</u> TARGA VEICOLO <u>EW 310 PT</u> ORARIO PARTENZA <u>08:15</u> ORARIO RIENTRO <u>12:50</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Amico Antonio</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>Annalisa Salvatore</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. Umberto I Enna</u> Reparto: <u>Malattie Infettive</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Piero Soccorso</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>Viola</u> Nome <u>PAOLA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>Dermatologia</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. CHIELLO PIAZZA ANTONIO</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. CHIELLO PIAZZA ANTONIO</u> DA <u>P.O. CHIELLO PIAZZA ANTONIO</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>			
KM DI PARTENZA <u>203356</u>	KM DI ARRIVO <u>203377</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>21</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 2° Soccorritore <u>[Firma]</u>	
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	



DATA: 20/10/2023
NOTA N°: 20

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 20/10/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE

IMPORTO

TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Medicina P.O. Carlo Basilotta Nicosia (EN) A Rep. RCP P.O. Gravina Caltagirone (CT).

Km Percorsi 308 x 2 = 616
Fornitura 0,00
Panel 0,00
CIG: Z143CDDC33

CIG: Z143CDDC33

€ 400.40

Prod. 289492

BIOLFIRE JOINT INFECTION CF
Iva 5 %
€ 22.02
€ 418.38
Prod. 289492

DATA SERVIZIO SVOLTO 20/10/2023

Table with 2 columns: Importo, Totale iva compresa. Totale iva compresa: € 440.40

VERSIONE : 2

DESCRIZIONE : Fom. di #8220:BIOLFIRE @ Joint Infection (M) Panel#8221: per UOC di Ortopedia e Traumatologia RDO 3796188

GARA CDC RIC

Il Legale Rappresentante della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.

Rag. Alfonso

DATI CONTRATTO

TIPO : 3 - CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE

VALIDO : 26/10/2023 31/12/2023

ANNO : 2023 - 1039

CONTRATTO

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.

Sede Legale: Via Bolognese 4100 Enna C.F. e P.IVA 01151150867

Enna (EN), ITALIA C.A.B. 0935520111 PEC: adaservicecocoopari@legamail.it

Viale Diab. Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

FORNITORE ASPENNA
P.O. CARLO BASILOTTA - NICOSIA
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
VIA FUME BIANCO 53
14976 - BIOMERIX ITALIA S.p.A.
Boll. Michelangelo Condorelli
Telefono : 06 5230855
FAX : 800 012060



Ref. cats
08/11/23

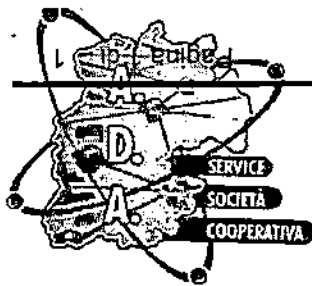
Handwritten signature of Rag. Alfonso



A.D.A. Service Soc. Coop. s.r.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: adaservice.soc.coop.ar@legalmail.it
 Mail: adaservice.ar@gmail.com - Cell. 377-2082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>20-10-2023</u> TARGA VEICOLO <u>CW 520 P1</u> ORARIO PARTENZA <u>6:35</u> ORARIO RIENTRO <u>12:15</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANUO GIANUCCA</u> 1° Soccorritore <u>9</u> <u>01</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>[Signature]</u> Infermiere <u>LA GRECA S.A.</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. "C. BASILOTTA"</u> Reparto: <u>MEDICINA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>LA GRECA</u> Nome <u>DOMENICA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>RCP</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GRAVINA S.P.</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u> A <u>P.O. C. BASILOTTA, REP. MEDICINA (INCOB.)</u> DA <u>P.O. "C. BASILOTTA"</u> A <u>P.O. GRAVINA S.P. (CALTACIPONE)</u> DA <u>P.O. GRAVINA S.P.</u> A <u>P.O. "C. BASILOTTA"</u> DA <u>P.O. "C. BASILOTTA"</u> A <u>U.O. A.D.A. SERVICE.</u>			
KM DI PARTENZA <u>202993</u>	KM DI ARRIVO <u>203308</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>308</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	



DATA: 19/10/2023
 NOTA N°: 19

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 19/10/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE

IMPORTO

TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Chirurgia P.O. Carlo Basilotta Nicosia (EN) A Rep. Endoscopia P.O. Gravina Caltagirone (CT).

Km Percorsi 298 x € 1.30
 Ore di attesa 1 x € 10.00

€ 387.40
 € 10.00

FORNITURA DI N.100 FLACONCINI DA 1 ML 100 MCG/ML DEL FARMACO
 CIG: Z203DCA033
 Q.ta ordinata: 0,00 Stato Aperto

Imponibile
 Iva 5 %

€ 377.53
 € 19.87

DATA SERVIZIO SVOLTO: 19/10/2023

Importo	% Iva	% SC	Prezzo	Importo Iva Compresa
37064,50	10	0,00	336,9500000	100,00
37064,50				
477,63				



Il Legale Rappresentante
 della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
 Rag. Alfonso Adichiaro

Ref. cont. off. 11/23

ASPENNA
 "CARLO BASILOTTA" - NICOSIA
 DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
 Dott. Michelangelo Condorelli
 156014 - ESTEVE PHARMACEUTICALS SRL
 VIA MELCHIORRE
 20124 MILANO
 Telefono : 3460888888
 Fax : 0935516727

VERSIONE :
 DESCRIZIONE : FORNITURA DI N.100 FLACONCINI DA 1 ML 100 MCG/ML DEL FARMACO PRLALT - T.D. N.9910000
 GARA :
 CDC RIC :
 MAGAZZINO :
DATI CONTRATTO
 ANNO : 2023 - 1158
 VALIDO : 19/12/2023
 TIPO : 3-CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE
 31/12/2025



A.D.A. Service Soc. Coop. n.r.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Doris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calizzetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservice.soc.coop@legalmail.it
Mail: adaservice@legalmail.it - Cell. 377 30825 46
Cod. Iscrizione Albo Coop. C/40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>29-10-2023</u> TARGA VEICOLO <u>CW570 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>6:35</u> ORARIO RIENTRO <u>15:35</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>FRANCESCO CIANCUSA</u> 1° Soccorritore <u>" "</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>BRUNO</u> Infermiere <u>ANTONINO C.</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. CARLO BASILOTTA</u> Reparto: <u>CHIRURGIA</u> Medico o Infermiere Richiedente:		DATI PAZIENTE Cognome <u>MALABUARFERA</u> Nome <u>PAOLINA</u> Patologia Reparto di destinazione <u>ENDOSCOPIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GRAVINA S.P. (CALTAGIRONE)</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u> A <u>P.O. CARLO BASILOTTA (NICOSIA) CHIRURGIA</u> DA <u>P.O. CARLO BASILOTTA</u> A <u>P.O. GRAVINA S.P. (CALTAGIRONE)</u> DA <u>P.O. GRAVINA S.P.</u> A <u>P.O. CARLO BASILOTTA</u> DA <u>P.O. CARLO BASILOTTA</u> A <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u>					
KM DI PARTENZA <u>202645</u>		KM DI ARRIVO <u>202943</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>298</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 2° Soccorritore	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>			Firma Infermiere <u>[Signature]</u>		

U.O.S. Pronto Soccorso P.O. C. Basilotta
 Via San Giovanni - 94014 - Nicosia
 Responsabile: Dr.ssa Gianfrancesca Yellini
 Telefono: 0935/671106 - 646300 Fax: 0935/671228
 E-mail: pronto Soccorso.basilotta@asp.enna.it



REGISTRO AMBULANZE PRIVATE

1) Paziente: nome e cognome MALAGUALNEM PAOLINA

Dott.ssa Maria Concetta Perna
 Direttore U.O.C. Servizio Provveditorato
 U.O.S. Gare Beni
 Responsabile U.O.S. Gare Beni
 Dott.ssa Francesca La Paglia
 tel. 0935/520711 U.O.C. Servizio Provveditorato
 e-mail: francesca.lapaglia@asp.enna.it
 direttore.provveditorato@asp.enna.it
 provveditorato@pcc.asp.enna.it

2) U.O. di ricovero del paziente: CHIRURGIA

3) Motivazione del trasporto: ACCIDENTI ALZAVANTI
Spett. Le Ditta Athena di Francesco Nistico

Spett. Le Ditta Soramed

4) Nome associazione privata: ADA SERVICE

5) Data 19/10/2023 ed ora 8:50 di chiamata

OGGETTO: Esito prova pratica/pompa di irrigazione/aspirazione set isteroscopia diagnostica/operativa pratica/pompa di irrigazione/aspirazione set isteroscopia diagnostica/operativa - Parere dell'associazione privata;

Con riferimento alla fornitura in oggetto, si comunica che, a seguito dello svolgimento della prova pratica, il Direttore dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia giusta nota (n.9775/2024), come già dallo stesso in precedenza attestato, ha espresso il parere clinico di competenza, confermando la non conformità della pompa peristaltica offerta dalla ditta Soramed rispetto a quanto richiesto dal Capitolato Tecnico di gara n. 1 Pompa per irrigazione e aspirazione laparoscopica. Mediante generazione di una pressione isostatica o equivalente per le seguenti motivazioni:

1) Data di partenza 19/10/2023 ora 8:50

Occorre premettere che secondo il parere tecnico prevenuto: "l'analisi tecnica è stata condotta confrontando le soluzioni tecniche proposte dal Dittie partecipanti per rispondere alla seguente richiesta: "n. 1 Pompa per irrigazione e aspirazione laparoscopica, mediante generazione di una pressione isostatica o equivalente".

"Le pompe di irrigazione/aspirazione proposte dalle Dittie partecipanti sono ascrivibili a due categorie così definibili in base alle loro caratteristiche di funzionamento (movimento, flusso e pressione):

- **POMPA PERISTALTICA.** E' costituita da una struttura rotante composta da due rulli che ruotano; schiacciando il deflussore all'interno, si genera una pressione pulsata che permette lo scorrimento e il passaggio del fluido.
- **POMPA ISOSTATICA.** E' costituita da una struttura che determina una pressione uniforme e non pulsante e non possiede un atto di moto a meno che non si consideri la deformabilità dei corpi stessi.

11) Altre persone autorizzate ad accompagnare il paziente

La pompa offerta dalla ditta Athena è una pompa peristaltica e non è una pompa isostatica, pertanto non corrisponde tecnicamente alla richiesta".

Secondo il suddetto parere si suggeriva comunque di effettuare la prova pratica in sala operatoria da parte dell'operatore.

12) Ospedale di destinazione OSPEDALE METAGRO

Il Direttore dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia nel suo parere ha, in particolare, evidenziato che:

"Nel capitolato era richiesta una pompa isostatica, ragione per la quale la Ditta Athena non è stata giudicata conforme in quanto la pompa offerta era di tipo peristaltico. L'esclusione dalla gara ha rappresentato motivo di contestazione da parte della ditta aggiudicata e il Provveditorato, ha chiesto di esprimere parere tecnico qualificato.

Il parere espresso definisce con chiarezza le differenze delle caratteristiche di funzionamento delle pompe isostatiche e peristaltiche, e pur riconoscendo che la pompa peristaltica offerta dalla ditta Athena, non corrisponde tecnicamente alla richiesta in quanto non conforme rispetto al capitolato, suggerisce la prova pratica in sala operatoria da parte dell'operatore.

La prova pratica è stata condotta testando la pompa della Ditta Athena sulle prime due pazienti e la pompa della ditta Soramed sulle successive due pazienti."



DATA: 17/10/2023
NOTA N°: 18

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 17/10/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Medicina P.O. Carlo Basilotta Nicosia (EN) A Rep. Radiologia P.O. Umberto I Enna (EN).	
Km Percorsi 174 x € 1.30	€ 226.20
Ore di attesa 2 x € 10.00	€ 20.00
	Imponibile € 233.89
	Iva 5 % € 12.31
DATA SERVIZIO SVOLTO 17/10/2023	
TOTALE iva compresa	€ 246.20

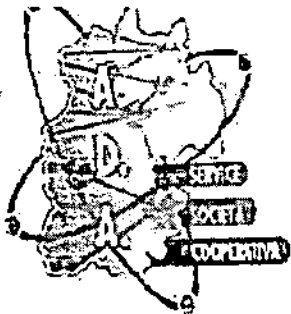


Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

Verificato
09/11/23

ASPINNA
P.O. "C. BASILOTTA" - NICOSIA
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Dot. Michelangelo Condorelli

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 94010 Calascibetta (EN)
P. IVA/CF. 01310620867 - Pec: adaservice.soc.coop.ar.l@legalmail.it
Mail: adaservice.ar.l@gmail.com - Cell. 377-3082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C10122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>24-10-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>6:30</u> ORARIO RIENTRO <u>15:30</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCOSO G.</u> 1° Soccorritore <u> " " "</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>G. TROVATO</u> Infermiere <u>LA GRECA A.</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. "C. BASILOTTA"</u> Reparto: <u>Medicina</u> Medico o Infermiere Richiedente:		DATI PAZIENTE Cognome <u>PISTONE</u> Nome <u>DASILIO</u> Patologia Reparto di destinazione <u>MEDICINA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. S. MARTA E S. VENERA.</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>O.O. A.D.A. SERVICE A P.O. S. MARTA E S. VENERA</u> DA <u>P.O. C. "BASILOTTA" (N. 51A) P.O. S. MARIA S. VENERA (A. 25)</u> DA <u>P.O. S. MARIA S. VENERA P.O. "C." BASILOTTA</u> DA <u>P.O. "C. BASILOTTA" A U.O. A.D.A. SERVICE</u>			
KM DI PARTENZA <u>203972</u>	KM DI ARRIVO <u>203772</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>300</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore	Firma 2° Soccorritore	
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	



DATA: 27/11/2023
NOTA N°: 34

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 27/11/2023.

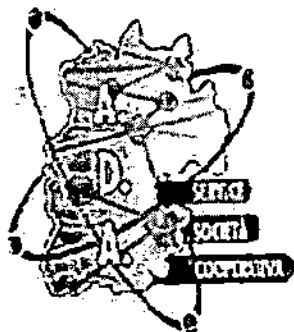
DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Ortopedia P.O. Umberto I di Enna (EN).	€ 92.30
Km Percorsi 71 x € 1.30	€ 10.00
Ore di attesa 1 x € 10.00	
	Imponibile € 97.185
	Iva 5 % € 5.115
DATA SERVIZIO SVOLTO 27/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 102.30

Visto
IL DIRETTORE MEDICO DEL P.O.
DOTT.SSA ANGELA M. MONTALEANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Cabrasibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopar@legalmail.it
Mail: adaservicear1@gmail.com - Cell. 377-3082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 1304-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>22-11-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 520 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>11:20</u> ORARIO RIENTRO <u>14:30</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCUSO G.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>LA SELVA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>ASSEMINATO</u> Nome <u>SANTA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>ORTOPEDIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. (LEONFORTE)</u>			
DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>			
DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u>			
DA _____ A _____			
KM DI PARTENZA <u>205683</u>		KM DI ARRIVO <u>207254</u>	
TOTALE KM EFFETTUATI <u>21</u>			
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	

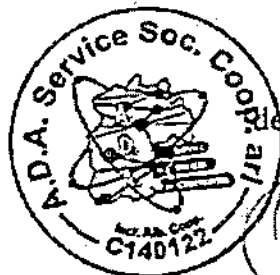


DATA: 29/11/2023
NOTA N°: 36

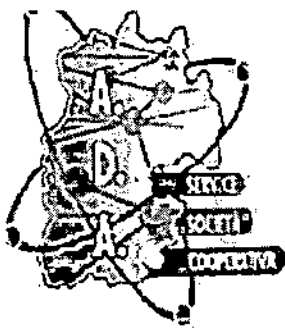
OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 29/11/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Medicina P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 95 x € 1.30 Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 123.50 € 10.00
	Imponibile € 126.825 Iva 5 % € 6.675
DATA SERVIZIO SVOLTO 29/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 133.50

Vinto
IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
Dot. SSA ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

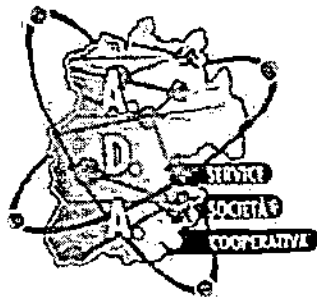


ADA Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coop.arl@legalmail.it
Mail: adaservicesoc@legalmail.it - Cell. 377-3082516

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/01/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>29-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CU510P4</u> ORARIO PARTENZA <u>9:45</u> ORARIO RIENTRO <u>14:00</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>RANUJO GIACUCCI</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>[Signature]</u> Infermiere <u>RABUSA LUIGI</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>MEDICINA</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Don. STABILE</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>DURSO</u> Nome <u>NICHELA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CARDIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. ENNA UMBERTO I</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DALL'U.O. ADA SERVICE A REP. MEDICINA P.O. F.B.C. LEONFORTE DALL'U.O. F.B.C. LEONFORTE A REP. CARDIOLOGIA P.O. UMBERTO I ENNA DALL'U.O. UMBERTO I ENNA A P.O. F.B.C. LEONFORTE DALL'U.O. F.B.C. LEONFORTE A U.O. ADA SERVICE					
KM DI PARTENZA <u>205890</u>		KM DI ARRIVO <u>205985</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>95</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 2° Soccorritore <u>[Signature]</u>	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>			Firma Infermiere <u>[Signature]</u>		



DATA: 27/11/2023
NOTA N°: 35

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 27/11/2023.

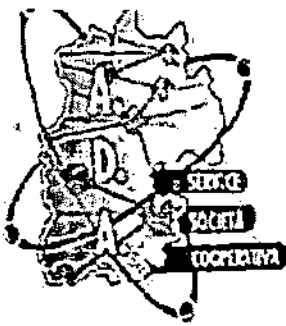
DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Chirurgia Vascolare P.O. S. Elia di Caltanissetta (CL). Km Percorsi 136 x € 1.30 Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 176.80 € 10.00
	Imponibile € 177.46 Iva 5 % € 9.34
DATA SERVIZIO SVOLTO 27/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 186.80

IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P.S.O.
Dott.ssa ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Caltanissetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620857 - Pec: adaservicesoc.coopar@legalmail.it
Mail: adaservicear@grimal.com - Cell. 877-8082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13-04-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>22-11-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510PX</u> ORARIO PARTENZA <u>14:35</u> ORARIO RIENTRO <u>18:25</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANUSO C</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>ALAIMO GRAZIA</u> Infermiere <u>CROSTO CROSTO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____	DATI PAZIENTE Cognome <u>SPACCALÀ</u> Nome <u>GIUSEPPA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CHIRURGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O.S. ELIA CALTANISSETTA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>P.O. S. ELIA (CALTANISSETTA)</u> DA <u>P.O. S. ELIA</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u> DA _____ A _____		
KM DI PARTENZA <u>205254</u>	KM DI ARRIVO <u>207890</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>136</u>
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>



DATA: 30/11/2023
NOTA N°: 37

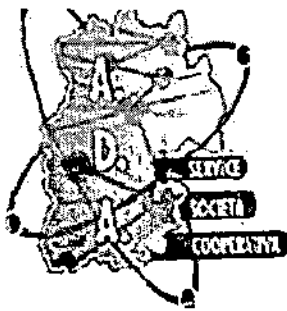
OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 30/11/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Medicina P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Radiologia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 98 x € 1.30	€ 127.40
	Imponibile € 121.03 Iva 5% € 6.37
DATA SERVIZIO SVOLTO 30/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 127.40

IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P.OO.
Dott. SSA ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coopari a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

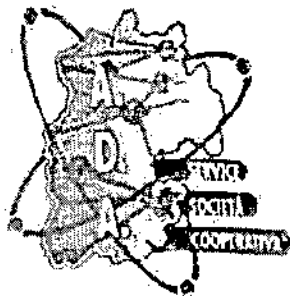


A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coop.ar.l@legalmail.it
 Mail: adaservicear.l@gmail.com - Cell. 377-8082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>30-11-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>7:00</u> ORARIO RIENTRO <u>11:40</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Mario Pulvino</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>UMBERTO GUSPARRI</u> Infermiere <u>ALDOINO ROSA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>Medicina</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>GUARREDA</u> Nome <u>ANNA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>RADIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u>			
KM DI PARTENZA <u>206032</u>		KM DI ARRIVO <u>206130</u>	
TOTALE KM EFFETTUATI <u>98</u>			
Firma Autista Soccorritore <u>Mario Pulvino</u>		Firma 1° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>Umberto Gusparri</u>		Firma Infermiere <u>Aldoino Rosa</u>	



DATA: 21/11/2023
NOTA N°: 30

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 21/11/2023.

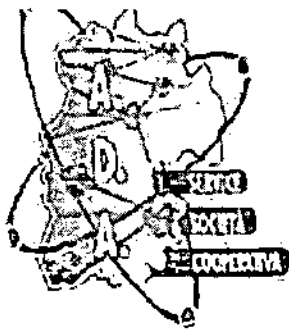
DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Radiologia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 93 x € 1.30	€ 120.90
	Imponibile € 114.855 Iva 5 % € 6.045
DATA SERVIZIO SVOLTO 21/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 120.90

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
DOTT. SSO ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. n.r.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Doric Gaulano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservice@legalmail.it
 Mail: adaservice@legalmail.it - Cell. 877-3082545
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>24/11/23</u> TARGA VEICOLO <u>EN 510 PF</u> ORARIO PARTENZA <u>20:51</u> ORARIO RIENTRO <u>00:02</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Mico Lupo</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>RIVALDI, CANGIULO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.E. LEONFONTE</u> Reparto: <u>PONTO SERRA</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>ASSISTENTE LIBERA AGITA</u>	DATI PAZIENTE Cognome <u>GUARDIARO</u> Nome <u>PAOLO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>LABORATORIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA U.O. <u>ADA SERVICE</u> A REP. <u>PONTO SERRA</u> P.O. <u>F.B.E. LEONFONTE</u> DA <u>P.O. F.B.E. LEONFONTE</u> A REP. <u>RIVALDI G.A.</u> P.O. <u>UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A P.O. <u>F.B.E. LEONFONTE</u> DA <u>P.O. F.B.E. LEONFONTE</u> A U.O. <u>ADA SERVICE</u>		
KM DI PARTENZA <u>205155</u>	KM DI ARRIVO <u>205268</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>113</u>
Firma Autista Soccorritore 	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico <small>ASP 4 ENNA Liberia Angela Maurata Via Medica 10/12 94010 Calascibetta (EN) Cod. Fisc. 01310620867 Iscr. Ord. n. Enna</small>		Firma Infermiere



DATA: 23/11/2023
NOTA N°: 33

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 3 DEL 23/11/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte.(EN) A Rep. Radiologia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 84 x € 1.30	€ 109.20
Imponibile Iva 5 %	€ 103.74 € 5.46
DATA SERVIZIO SVOLTO 23/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 109.20

Visto
D.M.
IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P.CO.
DOTT.SSA ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.coopari@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Servizio Soccorso nel Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Beato Cardinale, 6 - 01100 Frosinone (FR)
 P.O. Via Macellone II, 11 - 01010 Capua (VT) (FR)
 P. Iva: 0111020072 - Per informazioni e rapporti legalizzati
 Mail: redcross@redcross.it - Cell: 0773992516
 Civilizzazione Alto Campi - C.10192 del 13/03/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2022

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASPENNA

TIPOLOGIA VEICOLO:

Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.

FOGLIO DI VIAGGIO N° 3

DATA 23-11-23

TARGA VEICOLO CV510PK

ORARIO PARTENZA 21:20

ORARIO RIENTRO 00:45

PERSONALE A.D.A. SERVICE
 INTERVENUTO

Autista Soccorritore Massimo Ciavoloni

1° Soccorritore /

PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO

Medico /

Infermiere LA DELIA GIOACCHINO

SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA:
 Presidio Ospedaliero richiedente:

P.O. F.B.C. LEONFORTE

Reparto: Pronto Soccorso

Medico o Infermiere Richiedente:

Dot. SSA MURATORE LIBORIA ARCA

DATI PAZIENTE

Cognome IVOSI

Nome CARMELO

Patologia /

Reparto di destinazione RADIOLOGIA

Presidio Ospedaliero di destinazione
P.O. UMBERTO I EN

PERCORSO EFFETTUATO

DA P.O. F.B.C. LEONFORTE A P.O. UMBERTO I

DA P.O. UMBERTO I A P.O. F.B.C. LEONFORTE

DA P.O. F.B.C. LEONFORTE A U.O. ADA SERVICE

DA A

KM DI PARTENZA

205510

KM DI ARRIVO

705596

TOTALE KM EFFETTUATI

84

Firma Autista Soccorritore

[Signature]

Firma 1° Soccorritore

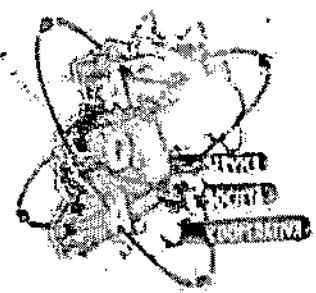
/

Firma 2° Soccorritore

Firma Infermiere

[Signature]

Firma del Medico



DATA: 23/11/2023
 NOTA N°: 32

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 23/11/2023.

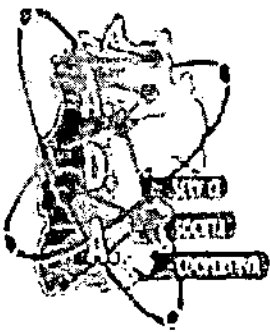
DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Radiologia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 81 x € 1.30	€ 105.30
Imponibile	€ 100.035
Iva 5 %	€ 5.265
DATA SERVIZIO SVOLTO 23/11/2023 TOTALE i va compresa	€ 105.30

Visto
 IL DIRETTORE MEDICO DEL P.O.
 Dott. 190 ANGELA MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
 della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
 Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
 P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
 Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc Coop. a.r.l. Servizio Sanitario
Sede Legale - Via Boris Gombosi, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. IVA/CF 01310620927 Per sottoscrizioni: coopart@legalmail.it
Mail: adaservicemil@gmail.com Cell. 877 909225 46
Cod. Iscrizione Albo Coop. C/40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANTARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>23-11-23</u> TARGA VEICOLO <u>CV 510 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>18:25</u> ORARIO RIENTRO <u>21:20</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO. Autista Soccorritore <u>MANCUSO G</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>11</u> <u>11</u> Infermiere <u>MAZZOLA ENZO</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.D.C. (LEONFORTE)</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>DOT. SA MURATORE LIBORIA ARATA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>VIRZI</u> Nome <u>NOEMI</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>RAVIOLARIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. (LEONFORTE)</u> DA <u>P.O. F.D.C. LEONFORTE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA _____ A _____					
KM DI PARTENZA <u>205428</u>		KM DI ARRIVO <u>225710</u>		TOTALE KM. EFFETTUATI <u>82</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>			Firma Infermiere <u>[Signature]</u>		



DATA: 23/11/2023
NOTA N°: 31

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 23/11/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Chirurgia P.O. Umberto I di Enna (EN) A P.O. Gravina di Caltagirone (CT). Km Percorsi 159 x € 1.30 Ore di attesa 3 x € 10.00	€ 206.70 € 30.00
	Imponibile € 224.865 Iva 5 % € 11.835
DATA SERVIZIO SVOLTO 23/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 236.70

IL DIRETTORE MEDICO D.D. PP.OO.
Dott. ssa ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc Coop and Servizi Sanitari
 Sede Legale Via Benì Giuffrè, 6 04100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 04010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF 01810020967 - Posta: adaservicecoc.coop@legalmail.it
 Mail: adaservicecoc@legalmail.it - Cell. 877 3092516
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40192 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>22-11-23</u> TARGA VEICOLO <u>CV520 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>9:25</u> ORARIO RIENTRO <u>15:25</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Marco C.</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>Di Gregorio</u> Infermiere <u>Maria Pia</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P. UMBERTO I ENNA</u> Reparto: <u>CHIRURGIA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____	DATI PAZIENTE Cognome <u>BOMANNO</u> Nome <u>MARIA CARMELA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione _____ Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GRAVINA (CALTAGIRONE)</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. UMBERTO I EN</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. GRAVINA (CALTAGIRONE)</u> DA <u>P.O. GRAVINA</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>U.O. ADA</u>		
KM DI PARTENZA <u>205220</u>	KM DI ARRIVO <u>205429</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>159</u>
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>



U.O.C. Amministrativa Area Sud

Direttore: *Avv. Anna Farruggio*
Segreteria
0935.516743

UFFICIO

- Distretto di Piazza Armerina 0935/981880
- Distretto di Enna 0935/520582
- Distretto di Nicosia 0935/671216

uocdirezioneamm.areasud@asp.enna.it
dir.amministrativaenna1@pec.asp.enna.it

Oggetto: Trasmissione fogli di viaggio e note spese relative al servizio di trasporto a mezzo ambulanza
- A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna

Sig. Direttore UOC Servizio Provveditorato

e p.c. Alla Direzione Medica P.O. Umberto I

Alla Direzione Medica P.O. Basilotta

Dovendo procedere al pagamento dei rimborsi relativi al servizio di trasporto a mezzo ambulanza della Società **A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna** in allegato si trasmettono note spese con attestazione posta in calce da parte della Direzione Medica P.O. Umberto I e della Direzione Medica P.O. Basilotta, di servizio regolarmente effettuato.

Quanto sopra, al fine di voler provvedere all'emissione dell'ordine informatico.



Il Direttore U.O.C. Amministrativa Area Sud

Anna Farruggio



1

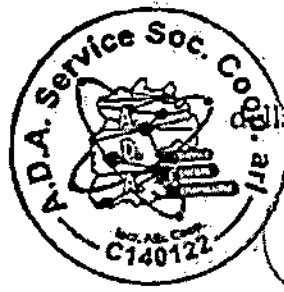
DATA: 24/10/2023
NOTA N°: 22

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 24/10/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Medicina P.O. Carlo Basilotta di Nicosia (EN) A Rep. Gastroenterologia P.O. Santa Maria Santa Venera Acircale (CT). Km Percorsi 300 x € 1.30 Ore attesa 2 x € 10.00	€ 390.00 € 20.00
	Imponibile € 389.50 Iva 5 % € 20.50
DATA SERVIZIO SVOLTO 24/10/2023	
TOTALE iva.compresa	€ 410.00

verificato
09/11/23

ASPENNA
P.O. CARLO BASILOTTA - NICOSIA
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Dott. Michelangelo Condorelli



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico



U.O.S. Pronto Soccorso - P.O. "C. Basiletti"
Via San Giovanni - 94014 - Nicosia
 Responsabile: Dr.ssa Claudia Melis
 Telefono: 0935/671406 - 646360 Fax 0935/671228
 e-mail: pronto Soccorso.Basiletti@regione.sicilia.it

REGISTRO AMBULANZE PRIVATE

1) Paziente: nome e cognome PISTONA PASQUALE
 2) U.O. di ricovero del paziente: M.A.S. Nicosia
 3) Motivazione del trasporto: E.R.C.F.

4) Nome associazione privata: ANSA S.A. Nicosia

5) Data 24/10/23 ed ora 7.30 dichiarata

dell'associazione privata;

6) Eventuale indisponibilità del mezzo dell'associazione privata: _____

7) Data di partenza 24/10/23 ora 7.30

8) Ambulanzista MANDRINO GIANNI

9) Infermiere LAURENTI

10) Medico TROVATO PIETRO

11) Altre persone autorizzate ad accompagnare il paziente _____

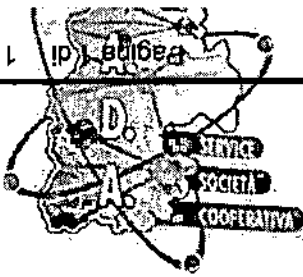
12) Ospedale di destinazione SCIENTE ALF. N. I.

ESTROFARMACIA

Data di rientro 24/10/23 ora _____

MEDICO CHE RICHIEDE L'AMBULANZA

L'AUTISTA



X

DATA: 13/10/2023
NOTA N°: 16

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 13/10/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Chirurgia P.O. Umberto I Enna (EN) A Rep. Gastroenterologia P.O. Gravina Caltagirone (CT).	
Km Percorsi 57 x € 1:30 Ore di attesa 0,00 x € 0,00 Adesione convenzione consip lotto 3 per l'acquisizione di nr veicoli da destinare alle attività mediche.	Note: € 204.10 € 20.00
Stato : Aperto C.ita ordinata: 0,00 Imponibile € 212.85 Iva 5 % € 11.25	
268703 NOLEGGIO AUTOMEZZI NR 60,00 1 917,2700000 0,00 0,00 140344,16	
TOTALE iva compresa € 224.10	


VERSIONE : 3

FORNITORE

1926 - LEASE PLAN ITALIA S.P.A.
 VIA CESARE GIULIO VIOLA, 48
 00148 ROMA, RM
 Telefono :

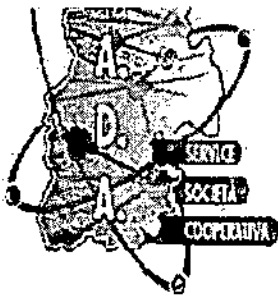
DATI CONTRATTO

ANNO : 2023 - 866
 VALIDO : 19/01/2024 al: 31/03/2029
 TIPO : 4 - CONTRATTO DI LOCAZIONE



Legale Rappresentante
 della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
 Rag. Alfonso Amico

DESCRIZIONE
 : Adesione accordo quadro noleggio di n.8 autoveicoli da destinare alle diverse UU.OO. dell'Asp di Enna - Lotto 1



ADA Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopad@legalmail.it
Mail: adaservicium@gmail.com - Cell. 377 3082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13-04-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>13/10/2023</u> TARGA VEICOLO <u>CV510PA</u> ORARIO PARTENZA <u>7:30</u> ORARIO RIENTRO <u>13:50</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCUSO GIANCA</u> 1° Soccorritore <u>CI CI</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>CARMELO SALVAGGIO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> Reparto: <u>CHIRURGIA</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Pedro Socorso</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>MAFOTTA</u> Nome <u>LIBORIO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CASTROVENTOROLOGA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GRAVINA CALTAGIRONE (CT)</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> <small>REPCORRIDA</small> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. GRAVINA CALTAGIRONE (CT)</u> DA <u>P.O. GRAVINA CALTAGIRONE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>			
KM DI PARTENZA <u>702067</u>	KM DI ARRIVO <u>702224</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>157</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>Carmelo Salvaggio</u>	



1

DATA: 06/12/2023
NOTA N°: 46

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 06/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
<p>TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Umberto I di Enna (EN).</p> <p>Km Percorsi 101 x € 1.30 Ore di attesa 1 x € 10.00</p> <p>DATA SERVIZIO SVOLTO 06/12/2023</p>	<p>€ 131.30 € 10.00</p>
TOTALE iva esclusa	€ 141.30



Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.

Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna

P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it

Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



Vinto

DIRETTORE MEDICO DEL P.O. ANGELA M. MONTEALANO
 (Signature)

A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Grifano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (CA)
 P. Iva/CF. 01310020867 - Pec: pdaservice.soc.coop.arl@legalmail.it
 Mail: adaservicearl@gmail.com - Cell. 877-8082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 dd. 1804-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

**DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP-ENNA**

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>06-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PK</u> ORARIO PARTENZA <u>16:25</u> ORARIO RIENTRO <u>17:50</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCIPÒ C.</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>L. KONG G. W. SEPPA</u> Infermiere <u>LA SELVA G. O. ACCIARO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____	DATI PAZIENTE Cognome <u>DI ANNA</u> Nome <u>ANTONIO MO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CARDIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO		
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>		
KM DI PARTENZA <u>206980</u>	KM DI ARRIVO <u>207081</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>101</u>
Firma Autista Soccorritore <u>(Signature)</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico <u>(Signature)</u>		Firma Infermiere <u>(Signature)</u>



1

DATA: 07/12/2023
NOTA N°: 47

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 07/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Urologia P.O. Umberto, i di Enna (EN) A Rep. Radiologia P.O. Garibaldi Nesima di Catania (CT). Km Percorsi 185 x € 1,30 Ore di attesa . 3 x € 10,00 DATA SERVIZIO SVOLTO 07/12/2023	€ 240,50 € 30,00
TOTALE iva esclusa	€ 270,50



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: ada.service.soc.coop@legalmail.it
 Mail: ada.service@ada.it - Cell. 877-8082546

Visto
 SUPERITTORE MEDICO DEL P.P.O.O.
 DOTT. ANGELO M. MONTALBANO

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>02-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CV 510 PK</u> ORARIO PARTENZA <u>8:30</u> ORARIO RIENTRO <u>14:30</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCUSO P.</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>MAUROFARAC M. F.</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> Reparto: <u>UROLOGIA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____	DATI PAZIENTE Cognome <u>PITTA</u> Nome <u>CLAUDIA LUCIA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>RADIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GARIBOLDI NESINA CATANIA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. GARIBOLDI NESINA (CT)</u> DA <u>P.O. GARIBOLDI NESINA</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>		
KM DI PARTENZA <u>202082</u>	KM DI ARRIVO <u>202266</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>185</u>
Firma Autista Soccorritore 	Firma 1° Soccorritore 	Firma 2° Soccorritore
Firma del Medico 		Firma Infermiere



A.D.A. Service Soc. Coop. n.r.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Dorica Caltano, 6 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 94010 Caltanissetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620967 Per: adaservice.soc.coop.n.r.l.legal@legalmail.it
Mail: adaservicecard@gmail.com Cell 977 8082546

Coil. Iscrizione Albo Coop. C/40122 del 13/04/2023 Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>3/11/2024</u> TARGA VEICOLO <u>CV 510 PT</u> ORARIO PARTENZA <u>15:00</u> ORARIO RIENTRO <u>14:18</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>AMIG ALFONSO</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>RINALDI CARMELO</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> Reparto: <u>Pronto Soccorso</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>DESSA ROSANNA FRANCESCA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>ESPOSITO</u> Nome <u>COSANTINO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CARDIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. CARLO BASILONTA NISSIA</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> A <u>P.O. CARLO BASILONTA NISSIA</u> DA <u>P.O. CARLO BASILONTA NISSIA</u> A <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> A <u>VO ADA SERVICE</u> DA _____ A _____					
KM DI PARTENZA <u>203126</u>		KM DI ARRIVO <u>203554</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>68</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>			Firma Infermiere <u>[Signature]</u>		



Vando

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
DOTT. SSA ANGELA M. MONTALBANO

DATA: 31/12/2023
NOTA N°: 65

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 31/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Carlo Basilotta di Nicosia (EN). Km Percorsi: 68 x € 1,30	€ 88.40
DATA SERVIZIO SVOLTO 31/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 88.40



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Mail: adaservicecul@gmail.com - Cell. 877-8082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2028 Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>31/12/2023</u> TARGA VEICOLO _____ ORARIO PARTENZA <u>12:35</u> ORARIO RIENTRO <u>16:25</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>AMELO ALFANSO</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>ELVIGIA CANICOLA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> Reparto: <u>PRONTO SOCCORSO</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>DOT. SSA BONANNO TRAVEESA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>MONTORE</u> Nome <u>FILIPPO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CHIRURGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>V.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE REP. P.S.</u> DA <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> A <u>REP. CHIRURGIA P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> DA _____ A _____			
KM DI PARTENZA <u>203,416</u>	KM DI ARRIVO <u>203,486</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>70</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	



Vitalo
IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
Dott. SSA ANGELA MONTALBANO

DEI PP.OO.
MONTALBANO

DATA: 31/12/2023
NOTA N°: 64

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 31/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Chirurgia P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 70 x € 1,30	€ 91,00
Ore di attesa 1 x € 10,00	€ 10,00
DATA SERVIZIO SVOLTO 31/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 101,00



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico



A.D.A. Service Soc. Coop. n. 1 Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Mankelam II, 11 - 94010 Collesibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620967 - Per: ada@service.soc.coop.n.1.it
Mail: adaserviceul@pirat.com Cell. 377 80825 46

Cod. Istruzione Albo Coop. C.40122 del 10/01/2023 Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>28-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW510 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>16:00</u> ORARIO RIENTRO <u>19:40</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCOSO G.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>ROBERTA P. J.</u> Infermiere <u>ANGELO TABURONI</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> Reparto: <u>PEDIATRIA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>CLIVATO.</u> Nome <u>LEONARDO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>P.S. PEDIATRICO</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GARIBALDI NESIMA (CT)</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>A.D.A. SERVICE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. GARIBALDI NESIMA (CT)</u> DA <u>P.O. GARIBALDI NESIMA</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u>			
KM DI PARTENZA <u>209221</u>	KM DI ARRIVO <u>209402</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>181</u>	
Firma Autista Soccorritore 	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico 		Firma Infermiere 	



IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
DOTT. SSA ANGELO M. MONTALBANO

DATA: 28/12/2023
NOTA N°: 63

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 28/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. Umberto I di Enna (EN) A Rep. Pronto Soccorso Pediatrico P.O. Garibaldi Nesima di Catania (CT).	
Km Percorsi 181 x € 1,30	€ 235.30
DATA SERVIZIO SVOLTO 28/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 235.30



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.

Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna

P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it

Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pcc: adaservicesoc.coop.ar.l.legal@mail.it
Mail: ukaservicear.l@gmail.com - Cell. 877-9082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>26/11/2023</u> TARGA VEICOLO <u>23 CW5101A</u> ORARIO PARTENZA <u>23:25</u> ORARIO RIENTRO <u>03:15</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Miles Agostino</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>Famei Giuseppe</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>Primo Soccorso</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dot. CIGNA GIUSEPPE</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>LEONDE</u> Nome <u>FABRIZIO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>RADIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P. O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u>		A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>	
DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>		A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>		A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>	
DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>		A <u>U.O. ADA SERVICE</u>	
KM DI PARTENZA <u>203061</u>	KM DI ARRIVO <u>203155</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>94</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	

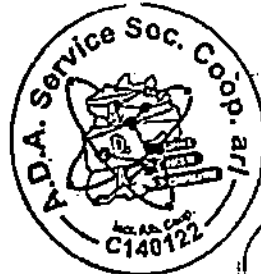


Vinto
IL DIRETTORE MEDICO D.P.P.CO.
DOTT. SIG. ANGELO M. MONTALBANO

DATA: 26/12/2023
NOTA N°: 62

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 26/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Radiologia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 94 x € 1.30 Ore di attesa 2 x € 10.00	€ 122.20 € 20.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 26/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 142.20



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. n.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: pdascvicesoc.coop.nrl@legalmail.it
Mail: pdascvicesoc@legalmail.it - Cell: 877-9082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023.

V.oto
IL DIRETTORE MEDICO
DOTT. SA ANGELO MONTALBANO

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>22-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW910 DX</u> ORARIO PARTENZA <u>9:50</u> ORARIO RIENTRO <u>14:30</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>NANCISO B.</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>DR. C. BATTAGNA</u> Infermiere <u>INF. PR. EVA MIMISINI</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> Reparto: <u>CARDIOLOGIA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____	DATI PAZIENTE Cognome <u>NICOLA</u> Nome <u>FRANCESCO</u> Patologia <u>SCA</u> Reparto di destinazione <u>FRODIPANCA CL</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>S. ENA CALTANISSETTA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>P.O. ADA SERUCE</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. S. ENA CALTANISSETTA</u> DA <u>P.O. S. ENA</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. ADA SERUCE</u>		
KM DI PARTENZA <u>208969</u>	KM DI ARRIVO <u>209061</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>92</u>
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>



DATA: 23/12/2023
NOTA N°: 61

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 23/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. Umberto I di Enna (EN). A Rep. Emodinamica P.O. S. Elia di Caltanissetta (CL).	
Km Percorsi 92 x € 1.30 Ore di attesa 3 x € 10.00	€ 119.60 € 30.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 23/12/2023	
TOTALE (iva esclusa)	€ 149.60



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F. 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01810620867 - Per: adaserviciosoc.coop.ar.l@legallmail.it
Mail: adaserviciosoc@gmail.com - Cell. 877-8062546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

Visto
IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P. OO.
Dott. SSA ANGELA M. MONTALBANO

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>18-12-21</u> TARGA VEICOLO <u>CU 910 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>13:25</u> ORARIO RIENTRO <u>18:56</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCINO G.</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>DEBOISE SALVATORE</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. P.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____	DATI PAZIENTE Cognome <u>ALIANO</u> Nome <u>MIRELLA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CU. GEN.</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. P.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. P.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. P.B.C.</u> DA <u>P.O. P.B.C.</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>		
KM DI PARTENZA <u>208635</u>	KM DI ARRIVO <u>208232</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>42</u>
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>



DATA: 18/12/2023
NOTA N°: 60

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 18/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
<p>TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Chirurgia Generale P.O. Umberto I di Enna (EN).</p> <p>Km Percorsi 97 x € 1,30 Ore di attesa 3 x € 10,00</p> <p>DATA SERVIZIO SVOLTO 18/12/2023</p>	<p>€ 126,10 € 30,00</p>
TOTALE iva esclusa	€ 156,10



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amato

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F. 01310620867 - PEC: adaservicesoc.coopari@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



V.10/10

IL DIRETTORE MEDICO *[Signature]*
 P.110 ANGELA M. MONTALBANO

A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01910620867 - Pec: adaservicesoc.coop.ar.l@legalmail.it
 Mail: adaservicocarl@gmail.com - Cell. 877-9082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 1304-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

**DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA**

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>16/07/2023</u> TARGA VEICOLO <u>CW510 PV</u> ORARIO PARTENZA <u>16:00</u> ORARIO RIENTRO <u>19:10</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>AMG S.</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>Dot. L'HORA GIUSEPPE</u> Infermiere <u>LA DEFA GIOACCHINO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>Pronto Soccorso</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dot. L'HORA</u>	DATI PAZIENTE Cognome <u>NOVEMBRE</u> Nome <u>ANGELO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>PEDIATRIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO		
DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA Rep. PEDIATRIA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>U.O. ADI. SERVICE</u> DA _____ A _____		
KM DI PARTENZA <u>208,531</u>	KM DI ARRIVO <u>208,604</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>73</u>
Firma Autista Soccorritore <i>[Signature]</i>	Firma 1° Soccorritore <i>[Signature]</i>	Firma 2° Soccorritore <i>[Signature]</i>
Firma del Medico <i>[Signature]</i>		Firma Infermiere <i>[Signature]</i>



DATA: 16/12/2023
NOTA N°: 59

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N.2 DEL 16/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Pediatria P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 73 x € 1.30	€ 94.90
Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 16/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 104.90



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.coopari@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



Visto

IL DIRETTORE MEDICO DEL D.P.O.
DOTT. SSA ANGELA M. MONTALBANO

A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Cakucibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01810620967 - Fax: [@ada.service.soc.coop.ar.l.](mailto:ada.service.soc.coop.ar.l.)
 Mail: ada.service.ar.l.@gmail.com - Cell. 877-8082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 1804-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

**DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA**



<p>TIPOLOGIA VEICOLO:</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.</p>	<p>FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u></p> <p>DATA <u>16/12/23</u></p> <p>TARGA VEICOLO _____</p> <p>ORARIO PARTENZA <u>10:45</u></p> <p>ORARIO RIENTRO <u>13:00</u></p>	
<p>PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO</p> <p>Autista Soccorritore <u>Amo Alessio</u></p> <p>1° Soccorritore _____</p>	<p>PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO</p> <p>Medico <u>Dot. SSA Pittalis'</u></p> <p>Infermiere <u>MAZZOLA ENRICO</u></p>	
<p>SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA:</p> <p>Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u></p> <p>Reparto: <u>PRONTO SOCCORSO</u></p> <p>Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dot. ZINGALES</u></p>	<p>DATI PAZIENTE</p> <p>Cognome <u>LIARDONE</u></p> <p>Nome <u>VINCENZO</u></p> <p>Patologia: _____</p> <p>Reparto di destinazione <u>RADIOLOGIA</u></p> <p>Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u></p>	
<p>PERCORSO EFFETTUATO</p>		
<p>DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u></p> <p>DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>REP. RADIOLOGIA P.O. UMBERTO I ENNA</u></p> <p>DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u></p> <p>DA _____ A _____</p>		
<p>KM DI PARTENZA <u>208,66</u></p> <p>Firma Autista Soccorritore _____</p>	<p>KM DI ARRIVO <u>208,53</u></p> <p>Firma 1° Soccorritore _____</p>	<p>TOTALE KM EFFETTUATI <u>70</u></p> <p>Firma 2° Soccorritore _____</p>
<p>Firma del Medico <u>Pittalis'</u></p>		<p>Firma Infermiere _____</p>



DATA: 16/12/2023
NOTA N°: 58

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 16/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
<p>TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Radiologia P.O. Umberto I di Enna (EN).</p> <p>Km Percorsi 70 x € 1,30</p> <p>DATA SERVIZIO SVOLTO 16/12/2023</p>	<p>€ 91.00</p>
TOTALE iva esclusa.	€ 91.00



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.R.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94100 Calascibetta (EN) IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P.O. ANGELA M. MONTIBRANO
 P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: ada.servizi.soc.coop.ar.l.legal@legalmail.it
 Mail: ada.servizi.soc.coop.ar.l.legal@gmail.com - Cell. 377-8082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

Visto

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

X

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>4</u> DATA <u>14/12/2023</u> TARGA VEICOLO <u>Pw 51094</u> ORARIO PARTENZA <u>18:05</u> ORARIO RIENTRO <u>19:25 20:08</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>ANGELO</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>Dot. Linares Giuseppe</u> Infermiere <u>LA LITA LUIGIA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. P. LEONARDO</u> Reparto: <u>Primo Soccorso</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dot. Ssa DONATO FRANCESCA</u>	DATI PAZIENTE Cognome <u>MALABUAN UERA</u> Nome <u>CAETANO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>Rianzo</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. PAULO BASILONE NISSIO</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>P.O. F.B.C. LEONARDO</u> A <u>P.O. PAULO BASILONE NISSIO (EN)</u> DA <u>P.O. PAULO BASILONE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONARDO</u> DA <u>P.O. F.B.C. LEONARDO</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u> DA _____ A _____		
KM DI PARTENZA <u>20834</u>	KM DI ARRIVO <u>20834 20836</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>63</u>
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 2° Soccorritore <u>[Signature]</u>
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>



DATA: 14/12/2023
NOTA N°: 57

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 4 DEL 14/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Rianimazione P.O. Carlo Basilotta di Nicosia (EN).	
Km Percorsi 67 x € 1,30 Ore di attesa 1 x € 10,00	€ 87,10 € 10,00
DATA SERVIZIO SVOLTO 14/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 97,10



Il Legale Rappresentante
Hella A.D.A. Service Soc. Coop. s.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. s.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.E. 01310620867 - PEC: adaservice@cooper@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



Visto

D.M. DIRETTORE MEDICO DEI P.R.O. ANGELA M. MONTALBANO

A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: ada.serviciosoc.coop@legalmail.it
 Mail: ada.serviciosoc@gmail.com - Cell. 877-8082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18-04-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

**DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA**

X

<p>TIPOLOGIA VEICOLO:</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.</p>	<p>FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>3</u></p> <p>DATA <u>24-12-23</u></p> <p>TARGA VEICOLO <u>CW 570 PX</u></p> <p>ORARIO PARTENZA <u>16:00</u></p> <p>ORARIO RIENTRO <u>17:05</u></p>	
<p>PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO:</p> <p>Autista Soccorritore <u>MANFRO G.</u></p> <p>1° Soccorritore _____</p>	<p>PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO</p> <p>Medico _____</p> <p>Infermiere <u>LA SELVA C. MARIAN</u></p>	
<p>SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA:</p> <p>Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTI</u></p> <p>Reparto: <u>Primo Soccorso</u></p> <p>Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dot. SSA BONANO FRANCESCA</u></p>	<p>DATI PAZIENTE</p> <p>Cognome _____</p> <p>Nome _____</p> <p>Patologia _____</p> <p>Reparto di destinazione <u>ORTOPEDIA</u></p> <p>Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GARIBOLDI CENTRO CATANIA (CT)</u></p>	
<p>PERCORSO EFFETTUATO</p> <p>DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTI</u> A <u>P.O. GARIBOLDI CENTRO (CT)</u></p> <p>DA <u>P.O. GARIBOLDI CENTRO (CT)</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTI</u></p> <p>DA _____ A _____</p> <p>DA _____ A _____</p>		
<p>KM DI PARTENZA</p> <p><u>20.8235</u></p>	<p>KM DI ARRIVO</p> <p><u>208.254</u></p>	<p>TOTALE KM EFFETTUATI</p> <p><u>182</u></p>
<p>Firma Autista Soccorritore</p> <p><u>[Firma]</u></p>	<p>Firma 1° Soccorritore</p> <p>_____</p>	<p>Firma 2° Soccorritore</p> <p>_____</p>
<p>Firma del Medico</p> <p><u>[Firma]</u></p>		<p>Firma Infermiere</p> <p><u>[Firma]</u></p>



DATA: 14/12/2023
NOTA N°: 56

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 3 DEL 14/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
<p>TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Ortopedia P.O. Garibaldi Centro di Catania (CT).</p> <p>Km Percorsi 162 x € 1,30</p> <p>DATA SERVIZIO SVOLTO 14/12/2023</p>	€ 210.60
TOTALE iva esclusa	€ 210.60



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Ebris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



Visto

O.M.

IL DIRETTORE MEDICO DEI P.P.OO.
DOTT. SAO ANGELA M. MONTALBANO

ADA Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01810000967 - Pec: ada.serviziocoop@legalmail.it
Mail: ada.serviziocoop@gmail.com - Cell. 877-8082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

**DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA**

<p>TIPOLOGIA VEICOLO:</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.</p>	<p>FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u></p> <p>DATA <u>14-12-23</u></p> <p>TARGA VEICOLO _____</p> <p>ORARIO PARTENZA <u>12:20</u></p> <p>ORARIO RIENTRO <u>14:00</u></p>	
<p>PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO</p> <p>Autista Soccorritore <u>MANCOSO G.</u></p> <p>1° Soccorritore _____</p>	<p>PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO</p> <p>Medico _____</p> <p>Infermiere <u>LA SELFA GIACCAIA</u></p>	
<p>SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u></p> <p>Reparto: <u>P.S.</u></p> <p>Medico o Infermiere Richiedente: <u>DOTT.SSA BONANNO F. MARC. SEA</u></p>	<p>DATI PAZIENTE</p> <p>Cognome <u>ANDREA</u></p> <p>Nome <u>SOTTILE</u></p> <p>Patologia _____</p> <p>Reparto di destinazione <u>PEDIATRIA</u></p> <p>Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u></p>	
<p>PERCORSO EFFETTUATO</p> <p>DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u></p> <p>DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u></p> <p>DA _____ A _____</p> <p>DA _____ A _____</p>		
<p>KM DI PARTENZA</p> <p><u>208022</u></p>	<p>KM DI ARRIVO</p> <p><u>208175</u></p>	<p>TOTALE KM EFFETTUATI</p> <p><u>53</u></p>
<p>Firma Autista Soccorritore</p> <p>_____</p>	<p>Firma 1° Soccorritore</p> <p>_____</p>	<p>Firma 2° Soccorritore</p> <p>_____</p>
<p>Firma del Medico</p> <p>_____</p>		<p>Firma Infermiere</p> <p>_____</p>



DATA: 14/12/2023
NOTA N°: 55

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 14/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
<p>TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Pediatria P.O. Umberto I di Enna (EN).</p> <p>Km Percorsi 53 x € 1.30</p> <p>DATA SERVIZIO SVOLTO 14/12/2023</p>	<p>€ 68.90</p>
TOTALE iva esclusa	€ 68.90



Il Legale Rappresentante/
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: adaservicesoc.coopar@legalmail.it
 Mail: adaservicear@gmail.com - Cell. 877-8082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P. C.I.O.
 DOTT. S.S. ANGELA M. MONTALBANO

Visto

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>16-12-23</u> TARGA VEICOLO _____ ORARIO PARTENZA <u>9:25</u> ORARIO RIENTRO <u>12:20</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCUSO G.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>LA SELVA GIOACCHINA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>DOTT. S.S. BONANNI FRANCESCA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>CASTRO</u> Nome <u>GIUSEPPINA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>NEUROLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA _____ A _____			
KM DI PARTENZA <u>20.80.00</u>		KM DI ARRIVO <u>20.80.82</u>	
TOTALE KM EFFETTUATI <u>82</u>			
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>		Firma 1° Soccorritore <u>[Firma]</u>	
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	



DATA: 14/12/2023
NOTA N°: 54

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 14/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Neurologia P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 82 x € 1.30	€ 106.60
Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 14/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 116.60



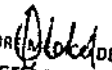
Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesbc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13/4/2023

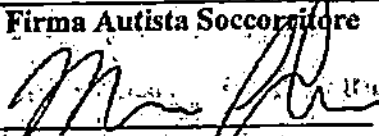

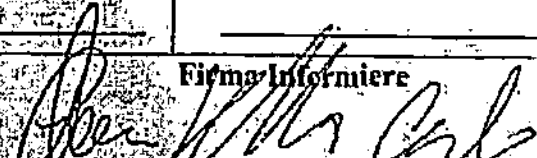


A.D.A. Service Soc. Coop. a.s.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: adaserVICESOC.COOP@legalmail.it
Mail: adaserVICESOC@gmail.com - Cell. 877-8082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

IL DIRETTORE 
DOTT. SSA ANGELA M. MONTALBANI

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>13-12-2023</u> TARGA VEICOLO <u>CW 520 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>8:55</u> ORARIO RIENTRO <u>12:50</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>IANCULO G</u> 1° Soccorritore <u> " " "</u>	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>RAMPELLO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> Reparto: <u>NEUROLOGIA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____	DATI PAZIENTE Cognome <u>STELLA</u> Nome <u>CATERINA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CHIRURGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. S. ELIA CALTANISSETTA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>O.D. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. S. ELIA</u> DA <u>P.O. S. ELIA</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>		
KM DI PARTENZA <u>202401</u>	KM DI ARRIVO <u>202441</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>93</u>
Firma Autista Soccorritore 	Firma 1° Soccorritore Reparto di _____ 	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico _____	Firma Infermiere 	



DATA: 13/12/2023
NOTA N°: 53

**OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO
OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL
13/12/2023.**

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Neurologia P.O. Umberto I di Enna (EN) A Rep. Chirurgia Vascolare P.O. S. Elia di Caltanissetta (CL).	
Km Percorsi 93 x € 1.30	€ 120.90
Ore di attesa 2 x € 10.00	€ 20.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 13/12/2023	
TOTALE iva esclusa.	€ 140.90



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F. 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01910620867 - Pec: adaservicesoc.coop.ar.l@legalmail.it
Mail: adaservicear.l@gmail.com - Cell. 377-3082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

Prof
IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P.O.O.
Dott. SSA ANGELA M. MONTALBANO

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

X

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>12-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PE</u> ORARIO PARTENZA <u>7:30</u> ORARIO RIENTRO <u>17:05</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCINO G.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>ANGELA TAMBURELLA</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> Reparto: <u>NEUROLOGIA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>NINFOSI</u> Nome <u>ROSARIO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CHIRURGIA VASCOLARE</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. S. ELIA CALTANISSETTA</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. S. ELIA CALTANISSETTA</u> DA <u>P.O. S. ELIA</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>					
KM DI PARTENZA <u>207790</u>		KM DI ARRIVO <u>207885</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>95</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>Mancino G.</u>		Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>Angela Tamburella</u>			



DATA: 12/12/2023
NOTA N°: 52

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 12/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
<p>TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Neurologia P.O. Umberto I di Enna (EN) A Rep. Chirurgia Vascolare P.O. S. Elia di Caltanissetta (CL).</p> <p>Km Percorsi 95 x € 1,30 Ore di attesa 2 x € 10,00</p> <p>DATA SERVIZIO SVOLTO 12/12/2023</p>	<p>€ 123,50 € 20,00</p>
TOTALE iva esclusa	€ 143,50



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F. 01310620867 - PEC: adaservicesoc.coop.arl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Mazzellana II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF: 01810690867 - Pcc: pdgservicessoc.coopari@localmail.it
Mail: pdgservicessoc@enmail.com - Cell. 877-8082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

IL DIRETTORE MEDICO DEI P.P.O.O.
Dott. SSA ANGELA M. MONTALBANO

Visto

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>11-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>26:44</u> ORARIO RIENTRO <u>22:00</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>PIANCUSO G.</u> 1° Soccorritore <u> " " "</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u> " " "</u> Infermiere <u>MARIELLA ANRICO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>BONANNO F.</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>CARMECA</u> Nome <u>SCHIAVINO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CARDIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>VILLA SALUS (NELLICI SR).</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>VILLA SALUS (NELLICI SR)</u> DA <u>VILLA SALUS</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u> DA _____ A _____			
KM DI PARTENZA <u>21724</u>	KM DI ARRIVO <u>207290</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>215</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	



DATA: 11/12/2023
NOTA N°: 51

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 11/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
<p>TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Villa Salus di Melilli (SR).</p> <p>Km Percorsi 275 x € 1.30 Ore di attesa 1 x € 10.00</p> <p>DATA SERVIZIO SVOLTO 11/12/2023</p>	<p>€ 357.50 € 10.00</p>
TOTALE iva esclusa	€ 367.50



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: ada.serviciosoc.coop.ar.l@comuni.it
Mail: adaserviciocad@gmail.com - Cell. 877-8082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18-04-2023 - Aut. Sanitaria n. 16-M del 07-07-2023

Visto

STABILIMENTO DEI PP.OO.
S. ANGELO MONTALBANO

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>11-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CV 510 PK</u> ORARIO PARTENZA <u>13:24</u> ORARIO RIENTRO <u>16:49</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO: Autista Soccorritore <u>MANCOSO C.</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>" "</u> Infermiere <u>" "</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>BONANNO F.</u>	DATI PAZIENTE Cognome <u>MAZZA</u> Nome <u>ANGELO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>NEFROLOGIA I.C.</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I (EN.)</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>ADA SEGUACE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I EN.</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA _____ A _____		
KM DI PARTENZA <u>20 24 42</u>	KM DI ARRIVO <u>20 25 15</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>73</u>
Firma Autista Soccorritore <u>" "</u>	Firma 1° Soccorritore <u>" "</u>	Firma 2° Soccorritore <u>" "</u>
Firma del Medico <u>" "</u>	Firma Infermiere <u>" "</u>	



DATA: 11/12/2023
NOTA N°: 50

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 11/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Malattie Infettive P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 73 x € 1.30 Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 94.90 € 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 11/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 104.90



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. n.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Floris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. IVA/CF. 01810620667 - Pec: ada.servicisoc.coop@comunicati.it
Mail: adaservicisoc@comunicati.it - Cell. 877-8082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. CA0122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
DOTT. ANGELO MONTALBANO

Visto

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>08/12/23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>17:30</u> ORARIO RIENTRO <u>20:30</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>ANGELO</u> 1° Soccorritore <u>/</u>	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>GENGI PAOLO ROSARIA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. FBE LEONFOTTE</u> Reparto: <u>PIANTO SOLERNO</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>DOTT. CIPROLOGIO SAPPET</u>	DATI PAZIENTE Cognome <u>BARRO</u> Nome <u>GAETANO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>RAMOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>P.O. FBE LEONFOTTE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. FBE LEONFOTTE</u> DA <u>P.O. FBE LEONFOTTE</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u> DA _____ A _____		
KM DI PARTENZA <u>204.336</u>	KM DI ARRIVO <u>204.641</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>45</u>
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 2° Soccorritore <u>[Firma]</u>
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>



DATA: 08/12/2023
NOTA N°: 49

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 08/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Radiologia P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 75 x € 1.30 Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 97.50 € 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 08/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 107.50



Legale Rappresentante
A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adastryicasbo.coopari@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giallino, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascabetta (EN)
P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: adaservicesoc.coop.ar.l.legalita@legalita.it
Mail: adaservicesoc@gmail.com - Cell. 877-8062546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 1304-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P.O.O.
DOTT. ESQ. ANGELA M. MONTALBANO

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>08/11/2023</u> TARGA VEICOLO <u>CH 51084</u> ORARIO PARTENZA <u>14:30</u> ORARIO RIENTRO <u>14:25</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>AMICO ALFONSO</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>BOARI PAOLO GIUSEPPE</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. FBE LEONFORTE</u> Reparto: <u>PRONTO SOCCORSO</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dott. CIGNO GIUSEPPE</u>	DATI PAZIENTE Cognome <u>LOCASTRO</u> Nome <u>ELISA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>RAPIDOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. URBENGO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. FBE LEONFORTE</u> DA <u>P.O. FBE LEONFORTE</u> A <u>P.O. URBENGO I ENNA</u> DA <u>P.O. URBENGO I ENNA</u> A <u>P.O. FBE LEONFORTE</u> DA _____ A _____		
KM DI PARTENZA <u>204 266</u>	KM DI ARRIVO <u>204 336</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>70</u>
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>



DATA: 08/12/2023
NOTA N°: 48

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 08/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Radiologia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 70 x € 1.30 Ore di attesa: 1 x € 10.00 DATA SERVIZIO SVOLTO 08/12/2023	€ 91.00 € 10.00
TOTALE iva esclusa	€ 101.00



Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicosoc.coopar@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023

Dot. MINGRINO / Dott. ZINGALI *Enna* 12-12-2023



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA
asp ASP_ENNA REGISTRO UFFICIALE I. 0128654 12-12-2023
P. IVA 01151150867
www.asp.enna.it

U.O.C. Amministrativa Area Sud

Direttore: *Avv. Anna Farruggio*
Segreteria
0935.516743

UFFICIO

- Distretto di Piazza Armerina 0935/981880
- Distretto di Enna 0935/520582
- Distretto di Nicosia 0935/671216

uocdirezioneamm.areasud@asp.enna.it
dir.amministrativaenna1@pec.asp.enna.it

Oggetto: Trasmissione fogli di viaggio e note spese relative al servizio di trasporto a mezzo ambulanza
- A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna

Sig. Direttore UOC Servizio Provveditorato

e p.c. Alla Direzione Medica P.O. Umberto I

Dovendo procedere al pagamento dei rimborsi relativi al servizio di trasporto a mezzo ambulanza della Società **A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna** in allegato si trasmettono note spese con attestazione posta in calce da parte della Direzione Medica P.O. Umberto I e della Direzione Medica P.O. Basilotta, di servizio regolarmente effettuato.

Quanto sopra, al fine di voler provvedere all'emissione dell'ordine informatico.



Il Direttore U.O.C. Amministrativa Area Sud

Anna Farruggio



DATA: 01/12/2023
NOTA N°: 39

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 01/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 49 x € 1.30 Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 63.70 € 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 01/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 73.70

Vinto

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
DOTT. SIO ANGELA N. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaserviccsoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopar@legalmail.it
Mail: adaservicear@gmail.com - Cell. 377-3082516

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/01/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>01-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 520 PK</u> ORARIO PARTENZA <u>11:30</u> ORARIO RIENTRO <u>14:30</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCUSO</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>LITANO G. U. M. D.</u> Infermiere <u>RIVUSA LUIGI</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P. O. F.B.C. LEONEORTE</u> Reparto: <u>P. S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>BONANNO FRANCESCA.</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>CA DELFA</u> Nome <u>GAETANA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CARDIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA.</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA _____ A _____ DA _____ A _____					
KM DI PARTENZA <u>206225</u>		KM DI ARRIVO <u>206274</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>49</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>			Firma Infermiere <u>[Signature]</u>		



DATA: 01/12/2023
NOTA N°: 38

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 01/12/2023.

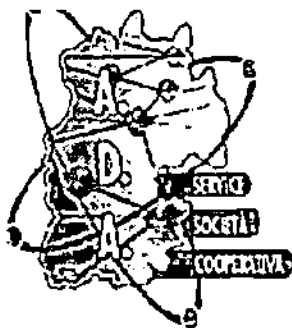
DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Ortopedia P.O. Carlo Basilotta di Nicosia (EN).	
Km Percorsi 68 x € 1.30	€ 88.40
Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 01/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 98.40

Visto
IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
Dott. SSA ANGELA MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: ada-servicesoc.cooparl@legalmail.it
Mail: adaservicearl@gmail.com - Cell. 377-3082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/01/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>01-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 540 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>08:55</u> ORARIO RIENTRO <u>11:16</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Luigi Alfano</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>AGUGA Luigi</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. P.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.C.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>BONANNO FRANCESA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>EUSEBIA</u> Nome <u>CATERINA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>OROPED, 4</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. BASILOTTO MESSIA.</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u>		A <u>Rep. Pronto Soccorso P.O. P.B.C. LEONFORTE</u>	
DA <u>P.O. P.B.C. LEONFORTE</u>		A <u>Rep. Otopedia P.O. BASILOTTO MESSIA</u>	
DA <u>P.O. BASILOTTO MESSIA</u>		A <u>P.O. P.B.C. LEONFORTE</u>	
DA _____		A _____	
KM DI PARTENZA <u>206154</u>	KM DI ARRIVO <u>206225</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>68</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	

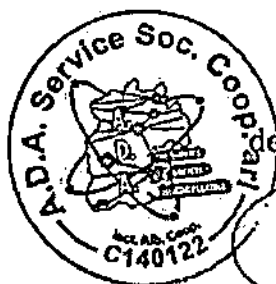


DATA: 01/12/2023
NOTA N°: 40

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 3 DEL 01/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Gastroenterologia P.O. S. Elia di Caltanissetta (CL). Km Percorsi 141 x € 1.30 Ore di attesa 2 x € 10.00 DATA SERVIZIO SVOLTO 01/12/2023	€ 183.30 € 20.00
TOTALE iva esclusa	€ 203.30

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
Dott. SSA ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Mail: adaservicearl@gmail.com - Cell. 377-3082516
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 19/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>3</u> DATA <u>07-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PK</u> ORARIO PARTENZA <u>14:30</u> ORARIO RIENTRO <u>19:48</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MARCO C.</u> 1° Soccorritore <u>/</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>AUGUSTO GRAZIA</u> Infermiere <u>LA SELVA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEOPOLTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>BONANNO FRANCESCA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>PAVE</u> Nome <u>ANGELO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>GASTROENTEROLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. S. EUGA CALTANISSETTA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>P.O. F.B.C.</u>		A <u>P.O. S. EUGA (CL)</u>	
DA <u>P.O. S. EUGA</u>		A <u>P.O. F.B.C.</u>	
DA <u>P.O. F.B.C.</u>		A <u>U.O. ADA SERVICE</u>	
DA _____		A _____	
KM DI PARTENZA <u>206224</u>	KM DI ARRIVO <u>206475</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>251</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore <u>/</u>	Firma 2° Soccorritore <u>[Signature]</u>	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	



[Handwritten mark]

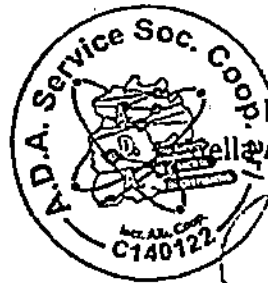
DATA: 04/12/2023
NOTA N°: 41

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 04/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Ortopedia P.O. Garibaldi Centro di Catania (Ct). Km Percorsi 190 x € 1.30	€ 247.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 04/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 247.00

[Handwritten signature]

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.GG.
Dott. SSA ANGELA MONTALBANO



Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

[Handwritten signature]

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Cahscibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopar@legalmail.it
Mail: adaservicearl@gmail.com - Cell. 377-3082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/01/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>04-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 730 AX</u> ORARIO PARTENZA <u>13:46</u> ORARIO RIENTRO <u>17:20</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>FRANCESCO</u> 1° Soccorritore <u>/ /</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>SALVATORE D.</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>BOWANNO FRANCESCA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>D. LEONFORTE</u> Nome <u>NICOLA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>ORTOPEDIA G.C.</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GARIBOLDI CENTRO</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. GARIBOLDI CENTRO</u> DA <u>P.O. GARIBOLDI CENTRO</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA _____ A _____					
KM DI PARTENZA <u>206420</u>		KM DI ARRIVO <u>206660</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>240</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____			Firma Infermiere <u>[Signature]</u>		



1

DATA: 04/12/2023
NOTA N°: 42

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 04/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Carlo Basilotta di Nicosia (EN). Km Percorsi 68 x € 1.30	€ 88.40
DATA SERVIZIO SVOLTO 04/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 88.40

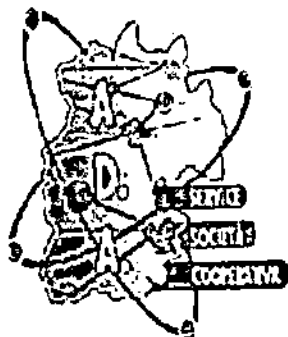
Visto

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.UU.
Dott. ssa ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01310620867 - Per: adservicesoc.cooparl@legalmail.it
 Mail: adlaservicearl@gmail.com - Cell. 377-3082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>04-12-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PA</u> ORARIO PARTENZA <u>17:20</u> ORARIO RIENTRO <u>19:45</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCOSO G</u> 1° Soccorritore <u>/</u>	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>SALVATORE D.</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>BONANNI FRANCESCO</u>	DATI PAZIENTE Cognome <u>LA DELFA</u> Nome <u>GAETANA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CARDIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. C. BASIOTTA MESSIA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>P.O. C. BASIOTTA</u> DA <u>P.O. C. BASIOTTA</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u> DA _____ A _____		
KM DI PARTENZA <u>206660</u>	KM DI ARRIVO <u>226728</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>68</u>
Firma Autista Soccorritore 	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico _____		Firma Infermiere



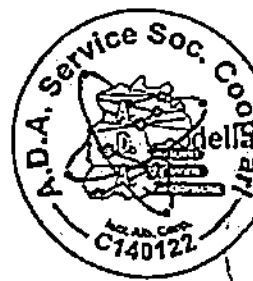
X

DATA: 05/12/2023
NOTA N°: 43

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 05/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Chirurgia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 107 x € 1.30	€ 139.10
DATA SERVIZIO SVOLTO 05/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 139.10

Montalbano
MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Caltascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopar@legalmail.it
Mail: adaservicear@gmail.com - Cell. 977-3082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 1304-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>05/12/2023</u> TARGA VEICOLO <u>CW 560P+</u> ORARIO PARTENZA <u>8:05</u> ORARIO RIENTRO <u>12:40</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Manuel Graziosi</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>GRACIA PATTALÀ</u> Infermiere <u>GRACI GIUSEPPE</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>Pronto Soccorso</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome _____ Nome _____ Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CHIRURGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u>		A <u>Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>	
DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>		A <u>Arg. Chirurgia P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>		A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>	
DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>		A <u>U.O. ADA SERVICE</u>	
KM DI PARTENZA <u>206228</u>	KM DI ARRIVO <u>206835</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>107</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>Manuel Graziosi</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>Gracia Pattalà</u>		Firma Infermiere <u>Graci Giuseppe</u>	



X

DATA: 05/12/2023
NOTA N°: 44

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 05/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Chirurgia P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 71 x € 1.30 Ore attesa 3 x € 10.00	€ 92.30 € 30.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 05/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 122.30

Visto

TOR: MEDICO DEL PP.OO.
ANGELI M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna.
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023

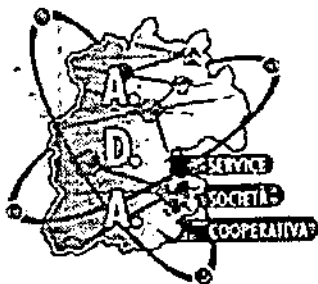


A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Cabusibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Mail: adaservicarl@gmail.com - Cell. 377-3082515

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>09-12-23</u> TARGA VEICOLO _____ ORARIO PARTENZA <u>12:45</u> ORARIO RIENTRO <u>18:05</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCRO G.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>GERACI GIUSEPPE</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.C.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>DOTT.SSA PURATO RE LIBERIA AGOSTA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>DI MANCRO</u> Nome <u>GIUSEPPE</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CHIRURGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>			
DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u>			
DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u>			
DA _____ A _____			
KM DI PARTENZA <u>206835</u>	KM DI ARRIVO <u>206906</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>71</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>Mancro</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>Geraci</u>	



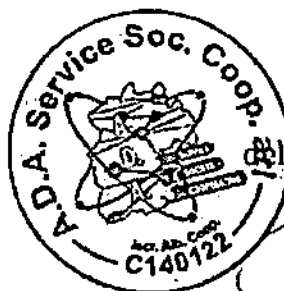
X

DATA: 05/12/2023
NOTA N°: 45

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 3 DEL 05/12/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Chirurgia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 71 x € 1.30	€ 92.30
DATA SERVIZIO SVOLTO 05/12/2023	
TOTALE iva esclusa	€ 92.30

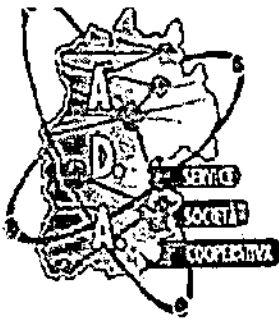
IL DIRETTORE MEDICO DEI P.P.O.D.
DOTT.SSA ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

[Handwritten signature of Alfonso Amico]

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna.
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicecoc.cooparl@legalmail.it
Mail: adaservicecoc@ymail.com - Cell. 377 3082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>3</u> DATA <u>05-02-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>18:07</u> ORARIO RIENTRO _____	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Alessandro</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>Giuseppe</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dot. SSA MONTANO LIBERIA ABATE</u>		DATI PAZIENTE Cognome _____ Nome _____ Patologia _____ Reparto di destinazione <u>Cardiologia</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>P.O. FBC LEONFORTE</u> A <u>Presidio Cardiologia P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>OO ADA Service</u> DA _____ A _____			
KM DI PARTENZA <u>206906</u>	KM DI ARRIVO <u>206914</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>8</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

P. IVA 01151150867

www.asp.enna.it

U.O.C. Amministrativa Area Sud

Direttore: *Avv. Anna Farruggio*

Segreteria

0935.516743

UFFICIO

- Distretto di Piazza Armerina 0935/981880

- Distretto di Enna 0935/520582

- Distretto di Nicosia 0935/671216

uocdirezioneamm.area sud@asp.enna.it

dir.amministrativaenna1@pec.asp.enna.it

Oggetto: Trasmissione fogli di viaggio e note spese relative al servizio di trasporto a mezzo ambulanza
- A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna

Sig. Direttore UOC Servizio Provveditorato

e p.c. Alla Direzione Medica P.O. Umberto I

Dovendo procedere al pagamento dei rimborsi relativi al servizio di trasporto a mezzo ambulanza della Società **A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna** in allegato si trasmettono note spese con attestazione posta in calce da parte della Direzione Medica P.O. Umberto I e della Direzione Medica P.O. Basilotta, di servizio regolarmente effettuato.

Quanto sopra, al fine di voler provvedere all'emissione dell'ordine informatico.



Il Direttore U.O.C. Amministrativa Area Sud
Anna Farruggio



X

DATA: 03/01/2024
NOTA N°: 01

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 03/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Medicina P.O. F.B.C. di Lconforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Umberto I di Nicosia (EN). Km Percorsi 94 x € 1.30 DATA SERVIZIO SVOLTO 03/01/2024	€ 122.20
TOTALE iva esclusa	€ 122.20

U.ato
IORE NEDIO DI PP.OO.
ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023

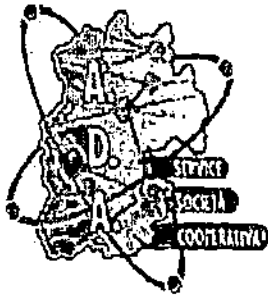


A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopari@legalmail.it
 Mail: adaservicearl@gmail.com - Cell. 377-3082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 1804-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>03/01/2024</u> TARGA VEICOLO <u>EN 510PX</u> ORARIO PARTENZA <u>10:48</u> ORARIO RIENTRO <u>13:55</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>AMICO ALFONSO</u> 1° Soccorritore <u>/</u>	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>DR. GIUSEPPE LEONE</u> Infermiere <u>DEBORA SALVATORE</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFANTO</u> Reparto: <u>Medicina</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>/</u>	DATI PAZIENTE Cognome <u>DI PASQUA</u> Nome <u>Teresa</u> Patologia <u>/</u> Reparto di destinazione <u>Cardiologia</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFANTO</u> DA <u>P.O. F.B.C. LEONFANTO</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. F.B.C. LEONFANTO</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFANTO</u> DA <u>P.O. F.B.C. LEONFANTO</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>		
KM DI PARTENZA <u>20556</u>	KM DI ARRIVO <u>20567</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>84</u>
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 2° Soccorritore <u>[Signature]</u>
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>



[Handwritten mark]

DATA: 04/01/2024
NOTA N°: 02

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 04/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Radiologia P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 71 x € 1.30	€ 92.30
Ore attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 04/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 102.30

[Handwritten signature]
IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
DOTT.SSA ANGELA UC MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico
[Handwritten signature]

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Grifano, 6 - 91100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 91010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
 Mail: adaservicearl@grasil.com - Cell. 377-8082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18-04-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>04/01/2024</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 Pz</u> ORARIO PARTENZA <u>13:00</u> ORARIO RIENTRO <u>16:05</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>AMIG ALIORS</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>BUSONA CARMELA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> Reparto: <u>GRUPPO SOCRANEO</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>DELLA LIMUNA</u>	DATI PAZIENTE Cognome <u>CATI FERNANDO</u> Nome <u>GONZALEZ</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>RAIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> DA _____ A _____		
KM DI PARTENZA <u>203648</u>	KM DI ARRIVO <u>203418</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>41</u>
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>



DATA: 04/01/2024
NOTA N°: 03

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 04/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 52 x € 1.30 DATA SERVIZIO SVOLTO 04/01/2024	€ 67.60
TOTALE iva esclusa	€ 67.60

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
DOTT.SSA ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. n.r.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: adaservicesoc.coop@legalmail.it
 Mail: adaservice@adail.com - Cell. 877 9082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>04/01/2024</u> TARGA VEICOLO <u>PW5102K</u> ORARIO PARTENZA <u>16:22</u> ORARIO RIENTRO <u>17:58</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>ANIBALE</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>BILLOTTA CARMELA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> Reparto: <u>Pronto Soccorso</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Don. Li Anna</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>FISICANO</u> Nome <u>SARA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>Cardiologia</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u>		A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>		A <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u>	
DA _____		A _____	
DA _____		A _____	
KM DI PARTENZA <u>203413</u>	KM DI ARRIVO <u>203471</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>58</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	



X

DATA: 04/01/2024
NOTA N°: 04

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 3 DEL 04/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiocirurgia P.O. San. Vincenzo di Taormina (ME). Km Percorsi 260 x € 1.30	€ 338.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 04/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 338.00

Vinto
IL DIRETTORE MEDICO DEI P.P.OO.
Dott. SSD ANGELA MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

[Signature]

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: ada.servicesoc.coop@ada.com
 Mail: ada.servizioc@ada.com - Cell. 877-9082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13-04-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>3</u> DATA <u>04/01/24</u> TARGA VEICOLO <u>EN 510 Px</u> ORARIO PARTENZA <u>19:35</u> ORARIO RIENTRO <u>21:32</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MARCO DAVIDE</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>Dot. GIUSEPPE LINGRIS</u> Infermiere <u>BILLOTTA CARMELO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u> Reparto: <u>Primo Soccorso</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dot. L. MUNA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>BARRA</u> Nome <u>VITTORIA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. SAN VINCENZO TAORMINA (ME)</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u>		A <u>P.O. S. VINCENZO TAORMINA (ME)</u>	
DA <u>P.O. SAN VINCENZO TAORMINA (ME)</u>		A <u>P.O. F.B.E. LEONFORTE</u>	
DA _____		A _____	
DA _____		A _____	
KM DI PARTENZA <u>205441</u>	KM DI ARRIVO <u>210032</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>260</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>MARCO DAVIDE</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>Dot. L. MUNA</u>		Firma Infermiere <u>BILLOTTA CARMELO</u>	



X

DATA: 04/01/2024
NOTA N°: 05

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 4 DEL 04/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
<p>TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Umberto I di Enna (EN).</p> <p>Km Percorsi 83 x € 1.30 ore di attesa 1 x € 10.00</p> <p>DATA SERVIZIO SVOLTO 04/01/2024</p>	<p>€ 107.90 € 10.00</p>
TOTALE iva esclusa	€ 117.90

Visto
IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
DOTT. ESRO ANGELO M. MONTALBANO

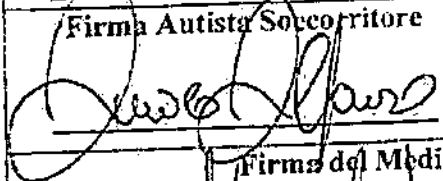
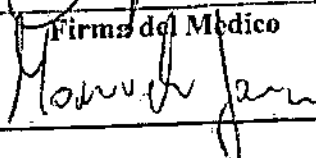

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
R. Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
R. R. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Cabasibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: ada.servicesoc.coop.arl@legalmail.it
 Mail: adaservicearl@gmail.com - Cell. 877-8082545
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 1304-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>4</u> DATA <u>04/02/26</u> TARGA VEICOLO <u>EN510PX</u> ORARIO PARTENZA <u>22:20</u> ORARIO RIENTRO <u>01:00</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Ariko Acroas</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>Dot. SS SANNA MANUELE</u> Infermiere <u>GIACCHINO LA DOLCE</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>PIANTO SORRANO</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>DONNA MURATORE LIBONIA ABBIA</u>	DATI PAZIENTE Cognome <u>D'ASSARO</u> Nome <u>MARIA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CARDIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u> DA _____ A _____		
KM DI PARTENZA <u>220071</u>	KM DI ARRIVO <u>210.116</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>83</u>
Firma Autista Soccorritore 	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico 		Firma Infermiere 



V

DATA: 09/01/2024
NOTA N°: 06

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 09/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Cardiologia P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 93 x € 1.30	€ 120.90
DATA SERVIZIO SVOLTO 09/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 120.90

Il DIRETTORE MEDICO DEI P.P.OO.
SSO ANGIANO MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01810620967 - Pec: adaservicesoc.coopar@legalmail.it
Mail: adaservicear@gmail.com - Cell. 877-8062546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>01</u> DATA <u>05/01/2024</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PV</u> ORARIO PARTENZA <u>16:53</u> ORARIO RIENTRO <u>20:10</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Alvaro Alfonso</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>PIUZZA SALVATORE</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>PONTA SOCCORSO</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dot. SSA MONTELIBONIA ARATA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>DI FRAVES</u> Nome <u>ANGELO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>Cardiologia</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>					
KM DI PARTENZA <u>210146</u>		KM DI ARRIVO <u>210205</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>93</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>		Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____			Firma Infermiere <u>[Firma]</u>		



V

DATA: 11/01/2024
NOTA N°: 07

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 11/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Medicina Casa di cura Villa Mauritius di Siracusa (SR).	
Km Percorsi 307 x € 1.30	€ 399.10
Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 11/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 409.10

Visto
IL DIRETTORE MEDICO DI P.P.OO.
DOTT.SSA ANGELA M. ANTONIARANTO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

[Handwritten signature]

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. IVA/CF. 01810020867 - Fax: adascvicesoc.coop@ar.l.legalmail.it
Mail: adascvicesoc@ar.l.legalmail.it - Cell. 877-8082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/01/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>22-02-2024</u> TARGA VEICOLO <u>CW 520 PK</u> ORARIO PARTENZA <u>13:20</u> ORARIO RIENTRO <u>14:35</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCUSO, G.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>CARACLO.</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.D.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>GIUNTA</u> Nome <u>ANTONINO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>MEDICINA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>CASA DI CURA VILLA MAURITIUS (SR)</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.D.C.</u> DA <u>P.O. F.D.C. LEONFORTE</u> A <u>VILLA MAURITIUS SIRACUSA.</u> DA <u>VILLA MAURITIUS. SR</u> A <u>VILLA MAURITIUS. P.O. F.D.C.</u> DA <u>P.O. F.D.C.</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>					
KM DI PARTENZA <u>210209</u>		KM DI ARRIVO <u>21528</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>302.</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>		Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____			Firma Infermiere <u>[Firma]</u>		



X

DATA: 12/01/2024
NOTA N°: 08

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 12/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Medicina P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep Radiologia P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 94 x € 1.30 Ore di attesa 3 x € 10.00	€ 122.20 € 30.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 12/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 152.20

Viato

IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P.O.O.
DOTT. SSG ANGIOLA M. MONTASANO



Il Legato Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. n.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Mazzalana II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopart@legalmail.it
Mail: adaserviceart@gmail.com - Cell. 877-8062516
Cod. Iscrizione Albo Coop. C/40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>12-02-2024</u> TARGA VEICOLO <u>CW 570 PR</u> ORARIO PARTENZA <u>12:40</u> ORARIO RIENTRO <u>12:40</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCOSO C.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>ALAIMO</u> Infermiere <u>M. LUIGI</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>MEDEICINA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>DI RAMA</u> Nome <u>GIOVANNI</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>RADIO-TAC</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>			
KM DI PARTENZA <u>220531</u>		KM DI ARRIVO <u>220625</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>94</u>	
Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	



V

DATA: 13/01/2024
NOTA N°: 09

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 13/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Medicina P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep Malattie Infettive P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 95 x € 1.30 Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 123.50 € 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 13/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 133.50

IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P.O.
Dott.ssa ANGELA M. MARCHESE



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Manfalcini II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: adaservicesoc.coop.ar.l@legalmail.it
 Mail: adaservicear.l@gmail.com - Cell. 877.9082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>13/01/2024</u> TARGA VEICOLO <u>CW510PT</u> ORARIO PARTENZA <u>15:10</u> ORARIO RIENTRO <u>18:40</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>AMICO ALFONSO</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>Dot. LIANO GIUSEPPE</u> Infermiere <u>ABBATE PAOLO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFONTE</u> Reparto: <u>Medicina</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dot. LIANO</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>DI MALLA</u> Nome <u>GIOVANNI</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>NEUROLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u>		A <u>P.O. F.B.C. LEONFONTE</u>	
DA <u>P.O. F.B.C. LEONFONTE</u>		A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>		A <u>P.O. F.B.C. LEONFONTE</u>	
DA _____		A _____	
KM DI PARTENZA	KM DI ARRIVO	TOTALE KM EFFETTUATI	
<u>210615</u>	<u>210420</u>	<u>55</u>	
Firma Autista Soccorritore	Firma 1° Soccorritore	Firma 2° Soccorritore	
<u>[Firma]</u>	_____	_____	
Firma del Medico		Firma Infermiere	
<u>[Firma]</u>		<u>[Firma]</u>	



V

DATA: 15/01/2024
NOTA N°: 10

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 15/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Medicina P.O. Carlo Basilotta. di Nicosia (EN) A Rep Gastroenterologia P.O. Gravina di Caltagirone (CT). Km Percorsi 261 x € 1.30 Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 339.30 € 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 15/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 349.30

Visto
IL DIRETTORE MEDICO D.I.P.P.O.O.
Dott. SSA ANGELO M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico



A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01810620867 - Pec: ada.service.soc.coop.arl@legalmail.it
 Mail: adaserviziocut@gmail.com - Cell. 877 90825 16
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18-04-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
 TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
 ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO n° <u>2</u> DATA <u>15-07-24</u> TARGA VEICOLO <u>GW 510 PT</u> ORARIO PARTENZA <u>6:40</u> ORARIO RIENTRO <u>14:00</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>RAFFAELLO C.</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>FRANCISCA J. GIUGLI</u> Infermiere <u>LEA R. C. CAMMERA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. C. BASILOTTA NICOSIA</u> Reparto: <u>MEDECI NA.</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____	DATI PAZIENTE Cognome <u>BONITTA</u> Nome <u>RAZIA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>G</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GRAVINA CALTAGIRONE</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. C. BASILOTTA NICOSIA</u> DA <u>P.O. C. BASILOTTA</u> A <u>P.O. GRAVINA CALTAGIRONE</u> DA <u>P.O. GRAVINA CALTAGIRONE</u> A <u>P.O. C. BASILOTTA</u> DA _____ A _____		
KM DI PARTENZA <u>210272</u>	KM DI ARRIVO <u>210481</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>209</u>
Firma Autista Soccorritore 	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico 		Firma Infermiere

RAFFAELLO C.



DATA: 15/01/2024
NOTA N°: 11

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 15/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
<p>TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. Carlo Basilotta. di Nicosia (EN) A Rep. Ortopedia P.O. Umberto I di Enna (EN).</p> <p>Km Percorsi 139 x € 1.30</p> <p>DATA SERVIZIO SVOLTO 15/01/2024</p>	€ 180.70
TOTALE iva esclusa	€ 180.70

V. Vito
IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
Dott.ssa ANGELA MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01810620967 - Pec: adaservicosoc.coop@legalmail.it
Mail: adaservicosoc@gmail.com - Cell. 877 8082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato,		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>15-01-24</u> TARGA VEICOLO <u>CW510 PK</u> ORARIO PARTENZA <u>18:00</u> ORARIO RIENTRO <u>18:20</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCOSO G.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>ANTONI CALABRESE</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. C. BASICOTTA NICOSIA</u> Reparto: <u>P.C. NICOSIA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>TRIVATO MONASTRA</u> Nome <u>CONCEITA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>ORTOPEDIA.</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA.</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>P.O. C. BASICOTTA</u>		A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
DA <u>P.O. UMBERTO I</u>		A <u>P.O. C. BASICOTTA NICOSIA</u>	
DA <u>P.O. C. BASICOTTA</u>		A <u>U.O. ADA SERVICE</u>	
DA _____		A _____	
KM DI PARTENZA <u>220983</u>	KM DI ARRIVO <u>211220</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>179</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	



1

DATA: 16/01/2024
NOTA N°: 12

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 16/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep Neurologia P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 70 x € 1.30	€ 91.00
Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 16/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 101.00

Visto

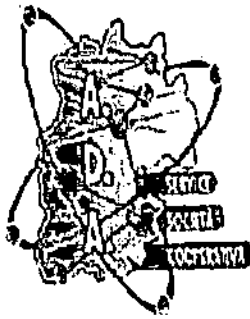
IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
Dott.ssa ANGELA M. MONTALBANO

[Signature]



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

[Signature]



ADA Service Soc. Coop. n.r.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Doris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Macklesna II, 11 - 94010 Cabasilletta (EN)
P. Iw/CF. 01810620867 - Pec: adaservicesoc.coop@legalmail.it
Mail: oclasyiccorl@gmail.com - Cell. 877 8082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2029 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>16-02-24</u> TARGA VEICOLO <u>Ch 510 Pr</u> ORARIO PARTENZA <u>10:30</u> ORARIO RIENTRO <u>13:30</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANUELO G.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere _____			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: Reparto: <u>P.S. F.B.C. LEONFORTE</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dot. L. L. L.</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>D'AGOSTINO</u> Nome <u>MARIA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>NEUROLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA _____ A _____					
KM DI PARTENZA <u>211255</u>		KM DI ARRIVO <u>211225</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>30</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>			Firma Infermiere <u>[Signature]</u>		



✓

DATA: 16/01/2024
NOTA N°: 13

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 2 DEL 16/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
<p>TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep Ginecologia P.O. Umberto I di Enna (EN).</p> <p>Km Percorsi 73 x € 1.30 Ore di attesa 1 x € 10.00</p> <p>DATA SERVIZIO SVOLTO 16/01/2024</p>	<p>€ 94.90 € 10.00</p>
TOTALE iva esclusa	€ 104.90

Angela M. Montalbano
IL DIRETTORE MEDICO DEL PP.OO.
Dot. SSO ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01910620867 - Pec: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Mail: adaserviccoajl@gmail.com - Cell. 877-8082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 1/04/2023 - Ass. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>16-01-24</u> TARGA VEICOLO <u>CV520PX</u> ORARIO PARTENZA <u>13:30</u> ORARIO RIENTRO <u>17:30</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>PAUCUS C.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>Adriano</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>FBC.</u> <u>P.O. UMBERTO I</u> Reparto: <u>P.S. P.O. LEONFORTE</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>MARAPPA</u> Nome <u>ALESSIA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>BINECLOGIA.</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>P.O. FBC</u>		A <u>P.O. UMBERTO I</u>	
DA <u>P.O. UMBERTO I</u>		A <u>P.O. FBC.</u>	
DA <u>P.O. FBC</u>		A <u>U.O. ADA SERVICE</u>	
DA _____		A _____	
KM DI PARTENZA <u>211225</u>	KM DI ARRIVO <u>212298</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>73</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	



X

DATA: 17/01/2024
NOTA N°: 14

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 17/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep Malattie Infettive P.O. Umberto I di Enna (EN). Km Percorsi 94 x € 1.30	€ 122.20
DATA SERVIZIO SVOLTO 17/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 122.20

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
Dott. SSG ANGELO MONTALBANO



Il Legale Rappresentante,
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico



A.D.A. Service Soc. Coop. n.r.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 8 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calusibetta (EN)
P. Iva/C.F. 01810620967 - Per: advservicesoc.coop@legalmail.it
Mail: pdaservicoc@grimal.com Cell. 877 8082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C.40122 del 18/04/2028 Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2028

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.	FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>12-01-24</u> TARGA VEICOLO _____ ORARIO PARTENZA <u>12:10</u> ORARIO RIENTRO <u>13:55</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>STANCO G.</u> 1° Soccorritore _____	PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>CARLO RINALDI</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____	DATI PAZIENTE Cognome <u>BRUNO</u> Nome <u>GIORDANA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>MALATTIE INFETTIVE</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA LEONFORTE</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u> DA <u>P.O. UMBERTO</u> A <u>P.O. F.B.C.</u> DA <u>P.O. F.B.C.</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>		
KM DI PARTENZA <u>21244</u>	KM DI ARRIVO <u>21393</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>99</u>
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>



X

DATA: 19/01/2024
NOTA N°: 15

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 19/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE

IMPORTO

TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep Utic P.O. Umberto I di Enna (EN).

Km Percorsi 94 x € 1.30
Ore di attesa 1 x € 10.00

€ 122.20
€ 10.00

DATA SERVIZIO SVOLTO 19/01/2024

TOTALE iva esclusa

€ 132.20

Visto

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
Dott. ssa ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc Coop. o.r.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 94100 Enna (EN)
U.O. Via Michelina II, 11 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Per: adaserviziosoc.coopari@legalmail.it
Mail: adaserviziari@legalmail.it - Cell. 877 8082546

Conf. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 18/04/2023 Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>29-01-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW310PK</u> ORARIO PARTENZA <u>4:25</u> ORARIO RIENTRO <u>13:00</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCOSSO C.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>LIMONE P.</u> Infermiere <u>CAMPAGNA F.</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.S.</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>CEQUARDI</u> Nome <u>GIULIA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>U.T.C.</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA.</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>ADA SERVICE</u> A <u>P.O. FBC LEONFORTE</u>			
DA <u>P.O. FBC</u> A <u>P.O. UMBERTO I</u>			
DA <u>P.O. UMBERTO I</u> A <u>P.O. FBC</u>			
DA <u>P.O. FBC</u> A <u>A.D.A. SERVICE</u>			
KM DI PARTENZA <u>211393</u>		KM DI ARRIVO <u>212482</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	
Firma 2° Soccorritore _____		TOTALE KM EFFETTUATI <u>99</u>	



X

DATA: 20/01/2024
NOTA N°: 16

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 20/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Medicina P.O. Carlo Basilotta di Nicosia (EN) A Rep Utic P.O. Umberto I di Enna (EN).	
Km Percorsi 176 x € 1.30	€ 228.80
Ore di attesa 2 x € 10.00	€ 20.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 20/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 248.80

IL DIRETTORE MEDICO DEI P.P.OO.
Dott. SSA ANGELA MONTALBANO

Visto



Il Legale/Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

[Handwritten signature]

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc Coop n.1 - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Denis Gichano, 6 - 94100 Enna (PN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (PN)
P. IVA CF 01810620967 - Pec adservice.soc.coop@legalmail.it
Mail adservice@proil.com - Cell 077 9092545
Cod. Iscrizione Albo Coop. C'40129 del 1904/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: 1) Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>20-07-24</u> TARGA VEICOLO <u>CW 570 PA</u> ORARIO PARTENZA <u>8:15</u> ORARIO RIENTRO <u>14:45</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>DANCO G.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>Zottilari Antonio</u> Infermiere <u>LA GRECA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. C. BASILOTTA</u> Reparto: <u>MEDICINA</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>PIOLO</u> Nome <u>SANTA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>UTIC</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA. SERVICE</u>		A <u>P.O. "C. BASILOTTA" MESSA.</u>	
DA <u>P.O. "C. BASILOTTA"</u>		A <u>P.O. UMBERTO I</u>	
DA <u>P.O. UMBERTO I</u>		A <u>P.O. "C. BASILOTTA"</u>	
DA <u>P.O. "C. BASILOTTA"</u>		A <u>U.O. ADA. SERVICE</u>	
KM DI PARTENZA <u>222482</u>	KM DI ARRIVO <u>211663</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>176</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Firma]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Firma]</u>		Firma Infermiere <u>[Firma]</u>	



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

P. IVA 01151150867

www.asp.enna.it

U.O.C. Amministrativa Area Sud

Direttore: *Avv. Anna Farruggio*

Segreteria

0935.516743

UFFICIO

- Distretto di Piazza Armerina 0935/981880

- Distretto di Enna 0935/520582

- Distretto di Nicosia 0935/671216

uocdirezioneamm.areasud@asp.enna.it

dir.amministrativaenna1@pec.asp.enna.it

Oggetto: Trasmissione fogli di viaggio e note spese relative al servizio di trasporto a mezzo ambulanza

- A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna

Sig. Direttore UOC Servizio Provveditorato

e p.c. Alla Direzione Medica P.O. Umberto I

Alla Direzione Medica P.O. Basilotta

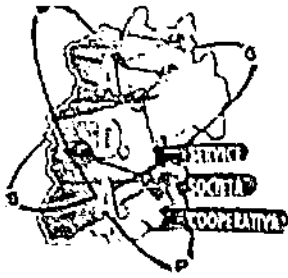
Dovendo procedere al pagamento dei rimborsi relativi al servizio di trasporto a mezzo ambulanza della Società **A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna** in allegato si trasmettono note spese con attestazione posta in calce da parte della Direzione Medica P.O. Umberto I e della Direzione Medica P.O. Basilotta, di servizio regolarmente effettuato.

Quanto sopra, al fine di voler provvedere all'emissione dell'ordine informatico.



Il Dirigente U.O.S. Amministrativa Area Sud

Dott. Orazio Di Pasqua



DATA: 31/01/2024

NOTA N°: 24

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 31/01/2024.

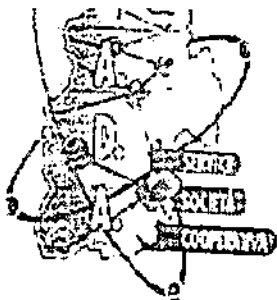
DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Casa di Cura Valsalva di Catania (CT).	
Km Percorsi 216 x € 1.30	€ 280.80
Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 31/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 290.80

IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
Dott.ssa ANGELA M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante,
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc: Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l. - Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopari@legalmail.it
Mail: adaservice.en@gnail.com - Cell. 877 3082516
Cod. Iscrizione Albo Coop. C'40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>31-01-24</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PX.</u> ORARIO PARTENZA <u>6:55</u> ORARIO RIENTRO <u>12:40</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>DANCUSO G.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>CARTELO BILLOTTA</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. FBC-LEONFORTE</u> Reparto: <u>P.R.</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>FILI</u> Nome <u>ROSAMIA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione _____ Presidio Ospedaliero di destinazione <u>CASA DI CURA VALSALVA (CT)</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u>		A <u>P.O. FBC-LEONFORTE</u>	
DA <u>P.O. FBC</u>		A <u>CASA DI CURA VALSALVA</u>	
DA <u>C.C. VALSALVA</u>		A <u>P.O. FBC</u>	
DA <u>P.O. FBC</u>		A <u>U.O. ADA SERVICE</u>	
KM DI PARTENZA <u>223292</u>	KM DI ARRIVO <u>223502</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>210</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	



DATA: 30/01/2024

NOTA N°: 23

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 30/01/2024.

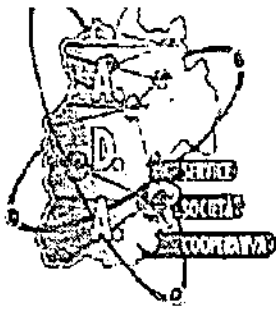
DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Utic P.O. Umberto I di Enna (EN) A Rep. Emodinamica P.O. S- Elia di Caltanissetta (CL).	
Km Percorsi 96 x € 1.30	€ 124.80
Ore di attesa 3 x € 10.00	€ 30.00
DATA SERVIZIO SVOLTO 30/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 154.80

Vita
IL DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO.
DOTT. SIG. ANGELO M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



ADA Service Soc. Coop. ar.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Inv/CF. 01310620867 - Per: adaservicesoc.coop.arl@legalmail.it
Mail: arlaservicearl@gmail.com Cell. 877 8082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: <input type="checkbox"/> Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>30-08-24</u> TARGA VEICOLO <u>CW510P+</u> ORARIO PARTENZA <u>13:35</u> ORARIO RIENTRO <u>19:25</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>ANASSO GRANATA</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>GRANATA</u> Infermiere <u>MINNARELLI ROBERTO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> Reparto: <u>UTIC</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>RAI</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>DI BLASSI</u> Nome <u>ANTONIO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>EMODIATTICA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. S. ELIA CALTAUISSETTA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA Services</u>		A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>		A <u>P.O. S. ELIA CALTAUISSETTA</u>	
DA <u>P.O. S. ELIA CALTAUISSETTA</u>		A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>		A <u>U.O. ADA Services</u>	
KM DI PARTENZA <u>223145</u>	KM DI ARRIVO <u>223292</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>96</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	



DATA: 28/01/2024

NOTA N°: 22

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 28/01/2024.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto Soccorso P.O. F.B.C. di Leonforte (EN) A Rep. Ortopedia Casa di Cura Argento di Catania (CT). Km Percorsi 215 x € 1.30	€ 279.50
DATA SERVIZIO SVOLTO 28/01/2024	
TOTALE iva esclusa	€ 279.50

Visto

IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P.O.O.
DOTT. SSO ANGELO M. MONTALBANO



Il Legale Rappresentante
della A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Rag. Alfonso Amico

Alfonso Amico

A.D.A. Service Soc. Coop. a.r.l.
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna
P.Iva e C.F.: 01310620867 - PEC: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Cod. Iscrizione Albo delle Cooperative: C40122 DEL 13-4-2023



A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 91100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 91010 Calascibetta (EN)
P. Iva/C.F. 01310620867 - Pec: adaservice.soc.coop.arl@legalmail.it
Mail: adaservice.arl@gmail.com Cell. 877 3082516
Cod. Iscrizione Albo Coop. C10122 del 1304/2023 Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

DOCUMENTO TRASPORTO SANITARIO PAZIENTI SERVIZIO
TRASFERIMENTO PAZIENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO
ASP ENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: 2. Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>1</u> DATA <u>21/01/2024</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 Px</u> ORARIO PARTENZA <u>13:20</u> ORARIO RIENTRO <u>13:30</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Amico Alessio</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>CARMELO BIANCHI</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> Reparto: <u>Pronto Soccorso</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>Dr. SSA MANTOVANI LIBRINA ARGENTI</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>PASSARELLO</u> Nome <u>ANGELA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>EMERGENZA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>CLINICA ARGENTI CATANIA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA Service</u>		A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>	
DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>		A <u>CLINICA ARGENTI CATANIA</u>	
DA <u>CLINICA ARGENTI CATANIA</u>		A <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>	
DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u>		A <u>U.O. ADA Service</u>	
KM DI PARTENZA <u>212,56</u>	KM DI ARRIVO <u>213,175</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>215</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA
 P. IVA 01151150867
www.asp.enna.it

U.O.C. Amministrativa Area Sud

Direttore: *Avv. Anna Farruggio*
 Segreteria
 0935.516743

UFFICIO

- Distretto di Piazza Armerina 0935/981880
 - Distretto di Enna 0935/520582
 - Distretto di Nicosia 0935/671216

uocdirezioneamm.areasud@asp.enna.it
dir.amministrativaenna1@pec.asp.enna.it

Oggetto: Trasmissione fogli di viaggio e note spese relative al servizio di trasporto a mezzo ambulanza
 - A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna

Sig. Direttore UOC Servizio Provveditorato
 e p.c. Alla Direzione Medica P.O. Umberto I
 Alla Direzione Medica P.O. Basilotta

Dovendo procedere al pagamento dei rimborsi relativi al servizio di trasporto a mezzo ambulanza della Società **A.D.A. Service Soc. Coop. Srl di Enna** in allegato si trasmettono note spese con attestazione posta in calce da parte della Direzione Medica P.O. Umberto I e della Direzione Medica P.O. Basilotta, di servizio regolarmente effettuato.

Quanto sopra, al fine di voler provvedere all'emissione dell'ordine informatico.



Il Dirigente U.O.S. Amministrativa Area Sud
Dott. Orazio Di Pasqua