



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

DETERMINA N. 2 DEL 05 GEN 2024

OGGETTO: Affidamento 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..

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

Proposta N. 15 del 03/01/2024

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

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

VISTO CONTABILE

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

Autorizzazione n. 2 sub 122 del 2023 50 2019105

Il Responsabile del procedimento
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
Dott. Francesco Rivarino

IL DIRETTORE DEL SEFP
DEL SERVIZIO ECONOMICO
FINANZIARIO E PATRIMONIALE

Registro Provvisorio n. _____ del 04/01/2024

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

L'anno duemilaventitquattro il giorno 05 GEN 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°6213 del 17/01/2023 del Commissario Straordinario Dr. Francesco Iudica.

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 UOC Servizio Provveditorato" prot. n.6213 del 17/01/2023, a firma del Commissario Straordinario Dr. Francesco Iudica, che conferma le competenze del Direttore U.O.C. Servizio Provveditorato, definite nei superiori atti normativi e regolamentari alle quali afferisce l'adozione della presente determina;

AS SICILIAN

PREMESSO che, con Autorizzazione Sanitaria n.1644 del 07/07/2023, il Commissario Straordinario, 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, il Direttore della U.O.C. Amministrativa Area Sud, ha trasmesso allo scrivente Servizio 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 la spesa di €3.317,10 oltre IVA al 5%, pari a €3.482,96 IVA al 5% inclusa, relativa al servizio di trasporti in argomento, effettuato dal 13/10/2023 al 30/11/2023, dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l., graverà sul conto economico n.502011105 "Trasporto di infermi" del bilancio 2023;

RITENUTO, pertanto, 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, ai sensi dell'art.50, comma 1, lett. b) del D.Lgs. n.36/2023;

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;
- B. Nota prot. n.117733 del 13/11/2023, a firma del Direttore della U.O.C. Amministrativa Area Sud, con note di spesa relative al trasporto;
- C. Nota prot. n.127376 del 07/12/2023, a firma del Direttore della U.O.C. Amministrativa Area Sud con note di spesa relative al trasporto.

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 e n.127376 del 07/12/2023, 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, i cui fogli di viaggio e relative note di spesa sono allegati al presente provvedimento per farne parte integrante.

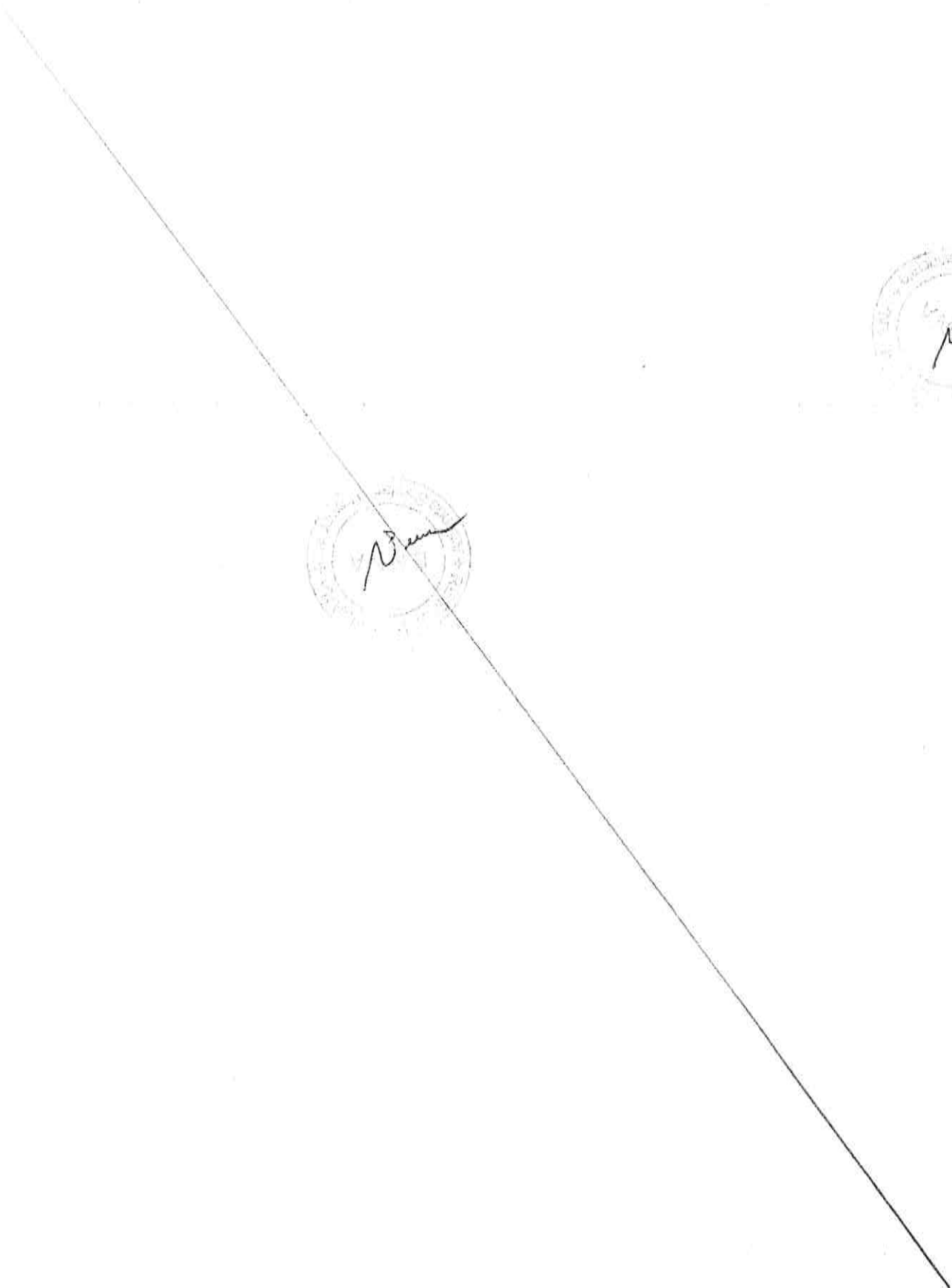
2. DI DARE ATTO dell'effettivo servizio di trasporto di infermi/infortunati, a mezzo ambulanza tipo "B" marca Renault, modello FDCUH6 Master, targata: CW510PX, effettuato dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l., Partita IVA:01310620867, con sede legale in via Boris Giuliano n.6, cap:94100, Enna (EN), pec: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it, al prezzo di €.3.317,10 oltre IVA al 5%, pari a €.3.482,96 IVA al 5% inclusa, ai sensi dell'art. 50 comma 1, lett. b), del D. Lgs n.36/2023.

CONTRATTO DEFINITIVO N.1161/2023 – CIG:

3. DI DARE ATTO che la spesa di €.3.317,10 oltre IVA al 5%, pari a €.3.482,95 IVA al 5% inclusa, relativa al servizio di trasporti in argomento effettuati dal 19/09/2023 al 14/11/2023, dall'A.D.A. SERVICE SOCIETA' COOPERATIVA a.r.l., graverà sul conto economico n. 502011105 "Trasporto di infermi" del bilancio aziendale 2023.

4. DI DARE MANDATO al Responsabile dei Magazzini Economali 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 ricevimento informatico e al Direttore U.O.C. Amministrativa Area Sud di provvedere 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.


5. 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.



6. DI NOTIFICARE il presente provvedimento al Direttore dell'Esecuzione del Contratto sopra indicato, al Responsabile dei Magazzini Economici Area Sud, e al Direttore del SEFP, per i conseguenziali adempimenti di rispettiva competenza.

7. DI DICHIARARE il presente provvedimento immediatamente esecutivo, stante l'urgenza di provvedere al necessario pagamento per i servizi di trasporto effettuati.

Il Direttore
U.O.C. Servizio Provveditorato
Dott.ssa 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 Informativo 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

dai 06 GEN 2024 al 20 GEN 2024

L'incaricato

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

Notificata al Collegio Sindacale il con nota prot. 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 05 GEN 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

ASP
ENNA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

VIALE DIAZ 7/9 94100 ENNA

DirettoreDr. Giuseppe L'Episcopo

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. S.I.A.V.
Servizio Igiene Ambienti di VitaDZIEGATO A
Nun

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. SIIV 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.UU.LL.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 trasposto 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*





[Riassegnazione a Impole] 02/03/23 B
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

COPIA

Azienda Sanitaria Provinciale di

Enna

Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

REGISTRO UFFICIALE

INTERNA

Protocollo N. 0117733 - 13/11/2023

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



Amico

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 157 x € 1.30	€ 204.10
Ore di attesa 2 x € 10.00	€ 20.00
	Imponibile € 212.85
	Iva 5 % € 11.25
DATA SERVIZIO SVOLTO 13/10/2023	
TOTALE iva compresa	€ 224.10

Amico
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

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.coopad@legalmail.it
Mail: adaservicearl@gmail.com - Cell. 377-3082546

Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 1304-2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

Man

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>13/10/2023</u> TARGA VEICOLO <u>EW510PX</u> ORARIO PARTENZA <u>12:30</u> ORARIO RIENTRO <u>13:30</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>FRANCESCO CIANNUCA</u> 1° Soccorritore <u>U CI</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>/</u> 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>Pronto Soccorso</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>MAROTTA</u> Nome <u>LIBORIO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>CASTIDENOTOROLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GRAVINA CALTAGIRONE (CT)</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> <small>PERCHIAPO</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. A.D.A. 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 <u>/</u>		Firma 2° Soccorritore <u>/</u>	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>			Firma Infermiere <u>Carmelo Salvaggio</u>		



N. Amico

DATA: 21/10/2023
NOTA N°: 21

OGGETTO: NOTA SPESA PER FATTURAZIONE TRASFERIMENTO OSPEDALIERO A MEZZO AMBULANZA RIF. FOGLIO DI VIAGGIO N. 1 DEL 21/10/2023.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Malattie Infettive P.O. Umberto I Enna (EN) A Rep. Dermatologia P.O. Chiello Piazza Armerina Km Percorsi 71 x € 1.30	€ 92.30
	Imponibile € 87.69 Iva 5 % € 4.62
DATA SERVIZIO SVOLTO 21/10/2023	
TOTALE iva compresa	€ 90.30

UFFICIO REGIONALE DEI PP.OO.
MONTALBANO



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

Alfonso Amico

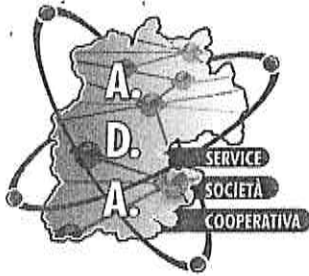


A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Bovis Giuliano, 6 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF. 01310620967 Pec: adaservice.soc.coop.ar.l@legalmail.it
Mail: adaservice.ar.l@gmail.com Cell. 377 3082516
Cod. Iscrizione Albo Coop. C/40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2023

Am

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>21/10/2023</u> TARGA VEICOLO <u>EN 510 PT</u> ORARIO PARTENZA <u>08:15</u> ORARIO RIENTRO <u>11:50</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Amico Antonio</u> 1° Soccorritore <u>/</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>/</u> Infermiere <u>ANNELLO SALVATORE</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. URBENNO I ENNA</u> Reparto: <u>MACILLIE INFETTIVE</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>PIROSO SOCRANSO</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>VIOLA</u> Nome <u>PAOLA</u> Patologia <u>/</u> Reparto di destinazione <u>DERMATOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. CAIELLO PIAZZA ANTONIUS</u>	
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. ADA SERVICE</u> A <u>P.O. URBENNO I ENNA</u> DA <u>P.O. URBENNO I ENNA</u> A <u>P.O. CAIELLO PIAZZA ANTONIUS</u> DA <u>P.O. CAIELLO PIAZZA ANTONIUS</u> A <u>P.O. URBENNO I ENNA</u> DA <u>P.O. URBENNO I ENNA</u> A <u>U.O. ADA SERVICE</u>			
KM DI PARTENZA <u>203396</u>	KM DI ARRIVO <u>203377</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>41</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore <u>/</u>	Firma 2° Soccorritore <u>/</u>	
Firma del Medico <u>/</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	



Nim

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 € 1.30	€ 400.40	
Ore di attesa 4 x € 10.00	€ 40.00	
	Imponibile	€ 418.38
	Iva 5 %	€ 22.02
DATA SERVIZIO SVOLTO 20/10/2023		
TOTALE iva compresa		€ 440.40



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

Alfonso Amico

Ref. cat. 20/10/23
ASPENNA
P.O. "C. BASILOTTA" - NICOSIA
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Dott. Michelangelo Condorelli



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: adaservice.soc.coopad@legalmail.it
Mail: adaservicead@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>1</u> DATA <u>20-10-2023</u> TARGA VEICOLO <u>CW 510 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>6:35</u> ORARIO RIENTRO <u>12:15</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANUZO GIANLUCA</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>R.C.P.</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 (VICOSI)</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>



Amico

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
	Imponibile € 377.53 Iva 5 % € 19.87
DATA SERVIZIO SVOLTO 19/10/2023	
TOTALE iva compresa	€ 397.40



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

Alfonso Amico

*Ref. cost
19/10/23*

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



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. 01310620867 Pec: adaservice.soc.coopad@legalmail.it
Mail: adaserviceenl@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>19-10-2023</u> TARGA VEICOLO <u>CW510PX</u> ORARIO PARTENZA <u>6:35</u> ORARIO RIENTRO <u>19:35</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>PANCU SO CIANCUCA</u> 1° Soccorritore <u>''</u> <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>MALAGUAROMA</u> Nome <u>PAUINA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>ENDOSCOPIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. GRAVINA S.P. (CALTACIPONE)</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. (CALTACIPONE)</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> <u>202645</u>		Firma 1° Soccorritore <u>[Signature]</u> <u>202943</u>		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>			Firma Infermiere <u>[Signature]</u>		



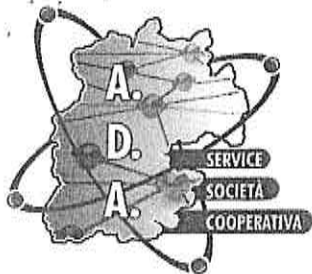
REGISTRO AMBULANZE PRIVATE

- 1) Paziente: nome e cognome MALAGUARDIA GIOVANNI
- 2) U.O. di ricovero del paziente: CHIRURGIA
- 3) Motivazione del trasporto: ACCIDENTI DIAGNOSTICI
- 4) Nome associazione privata: ADA SERVICE
- 5) Data 19 / 10 / 2023 ed ora 8:30 di chiamata dell'associazione privata;
- 6) Eventuale indisponibilità del mezzo dell'associazione privata: ORI - NICOSIA
- 7) Data di partenza 19 / 10 / 2023 ora 8:50
- 8) Ambulanzista RAFFAELLO GRANUCCI
- 9) Infermiere FISICOLA ANTONINO
- 10) Medico BUNO, FABRIZIO
- 11) Altre persone autorizzate ad accompagnare il paziente _____
- 12) Ospedale di destinazione OSPEDALE METAGROU
- Data di rientro 19 / 10 / 2023 ora 16:15

IL MEDICO CHE RICHIEDE L'AMBULANZA

L' AUTISTA

M. Pene



Amico

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

Alfonso Amico

*verificato
09/11/23*

ENNA
P.O. "C. BASILOTTA" - NICOSIA
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Dott. Michelangelo Condorelli



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 - Pex: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Mail: adaservicetail@gmail.com - Cell. 377 3082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

N. 11

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>17-10-2023</u> TARGA VEICOLO <u>CW 520 PX</u> ORARIO PARTENZA <u>6:45</u> ORARIO RIENTRO <u>14:00</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCUSO GIANLUCA</u> 1° Soccorritore <u>" "</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>" "</u> Infermiere <u>ALICIA ANTONIO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. CARLO BASILICOTTA (NICOSIA)</u> Reparto: <u>MEDICINA GENERALE</u> Medico o Infermiere Richiedente:		DATI PAZIENTE Cognome <u>BUON DONNO</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 BASILICOTTA (NICOSIA) MEDICINA</u> DA <u>P.O. CARLO BASILICOTTA</u> A <u>P.O. UMBERTO I ENNA (R.M.)</u> DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u> A <u>P.O. CARLO BASILICOTTA</u> DA <u>P.O. CARLO BASILICOTTA</u> A <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u>			
KM DI PARTENZA <u>702506</u>	KM DI ARRIVO <u>702680</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>174</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>	Firma 1° Soccorritore <u>" "</u>	Firma 2° Soccorritore <u>" "</u>	
Firma del Medico <u>" "</u>		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>	



Man

REGISTRO AMBULANZE PRIVATE

1) Paziente: nome e cognome ANDRETTA BUONICCONTI

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

3) Motivazione del trasporto: ACCIDENTI - TI DIAGNOSTICI

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

5) Data 16 / 10 / 2023 ed ora 15:00 di chiamata

dell'associazione privata;

6) Eventuale indisponibilità del mezzo dell'associazione privata: C.R.I

7) Data di partenza 17 / 10 / 2023 ora 8:00

8) Ambulanzista MARCUSO GIAMBUCA

9) Infermiere ALESSANDRA ANTONIO

10) Medico _____

11) Altre persone autorizzate ad accompagnare il paziente _____

12) Ospedale di destinazione OSPEDALE URBENIO I DI ENNA
C/O RADIOLOGIA

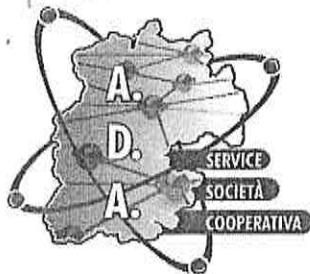
Data di rientro 17 / 10 / 2023 ora 13:00

IL MEDICO CHE RICHIEDE L'AMBULANZA

[Signature]
5/13/23

L' AUTISTA

[Signature]



Nim

DATA: 16/10/2023
NOTA N°: 17

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

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO	
TRASFERIMENTO PAZIENTE: Da Rep. Pronto soccorso P.O. Carlo Basilotta Nicosia (EN) A Rep. Chirurgia Maxillo Facciale P.O. San. Marco Catania (CT).		
Km Percorsi 282 x € 1.30	€ 366.60	
Ore di attesa 2 x € 10.00	€ 20.00	
	Imponibile	€ 367.27
	Iva 5 %	€ 19.33
DATA SERVIZIO SVOLTO 16/10/2023		
TOTALE iva compresa		€ 386.60



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

Alfonso Amico

Verificata 09/11/23
Alfonso Amico
ASP ENNA
P.O. "C. BASILOTTA" - NICOSIA
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Dott. 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: adaservicecoc.coopari@legalmail.it
Mail: adaservicocul@gmail.com - Cell. 377-3082546
Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07-07-2023

N...

**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>16/10/2023</u> TARGA VEICOLO <u>CW520PK</u> ORARIO PARTENZA <u>6:30</u> ORARIO RIENTRO <u>15:25</u>			
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANCO GIANCUCA</u> 1° Soccorritore <u>" "</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>" "</u> Infermiere <u>ALEGRA ANTONIO</u>			
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. CARLO BASILOTTA NICOSIA</u> Reparto: <u>PRONTO SOCCORSO</u> Medico o Infermiere Richiedente: _____		DATI PAZIENTE Cognome <u>NINGARI FAWENTO</u> Nome <u>MARIA ANTONIETTA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>MAXILLO FACCIACE.</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>SAN MARCO CATANIA.</u>			
PERCORSO EFFETTUATO DA <u>U.O. A.D.A. SERVICE</u> A <u>P.O. CARLO BASILOTTA NICOSIA P.S.</u> DA <u>P.O. CARLO BASILOTTA</u> A <u>P.O. SAN MARCO (CT)</u> DA <u>P.O. SAN MARCO (CT)</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>202224</u>		KM DI ARRIVO <u>202506</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>282.</u>	
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico _____		Firma Infermiere <u>[Signature]</u>			



Man

REGISTRO AMBULANZE PRIVATE

1) Paziente: nome e cognome MARIA ANTONIETTA MINGANI FAVUENTO

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

3) Motivazione del trasporto: CONSULENZA

C/O CHIR. MAXILLO FACCIALE

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

5) Data 16 / 10 / 2023 ed ora 17:00 di chiamata

6) ~~Nome~~ associazione privata;

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

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

9) Ambulanzista MARCUSO GIAMLUCA

10) Infermiere ALLEGRA ANTONIO

11) Medico _____

12) Altre persone autorizzate ad accompagnare il paziente LA MADRE

13) Ospedale di destinazione SAN MARCO CATANIA

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

15) MEDICO CHE RICHIEDE L'AMBULANZA

L' AUTISTA

[Signature]

[Signature]



Dalago
B
P. Am

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



Amico

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 Acireale (CT).	
Km Percorsi 300 x € 1.30	€ 390.00
Ore attesa 2 x € 10.00	€ 20.00
	Imponibile € 389.50
	Iva 5 % € 20.50
DATA SERVIZIO SVOLTO 24/10/2023	
TOTALE iva compresa	€ 410.00

verificata
09/11/23

ASPENNA
P.O. "C. 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

Alfonso Amico



REGISTRO AMBULANZE PRIVATI

- 1) Paziente: nome e cognome PISTONA PASQUALE
- 2) U.O. di ricovero del paziente: MAI
- 3) Motivazione del trasporto: E.R.C.F.
- 4) Nome associazione privata: ADA SA BELLA
- 5) Data 24/10/23 ed ora 7,30 di chiamata

dell'associazione privata;

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

- 7) Data di partenza 24/10/23 ora 8,00
- 8) Ambulanzista MANFROTTO GIANNI
- 9) Infermiere LAURENT
- 10) Medico TROVATO GIUSEPPE

11) Altre persone autorizzate ad accompagnare il paziente _____

12) Ospedale di destinazione SCIAFFA' LI
GASTROENTEROLOGICI

Data di rientro 24/10/23 ora _____

IL MEDICO CHE RICHIEDE L'AMBULANZA

L' AUTISTA

[Signature]

[Signature]



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: adaservice.soc.coop.ar.l@legalmail.it
Mail: adaservicead@gmail.com - Cell. 377-3082546

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

Man

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>ANCONO C.</u> 1° Soccorritore <u> " " "</u>		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>Q. 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>U.O. A.D.A. SERVICE A P.O. S. MARTA E S. VENERA</u> DA <u>P.O. C. "BASILOTTA" (N. 251A) P.O. S. MARIA S. VENERA (ACIRE)</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>203472</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>		



Handwritten signature

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).	
Km Percorsi 71 x € 1.30	€ 92.30
Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
	Imponibile € 97.185
	Iva 5 % € 5.115
DATA SERVIZIO SVOLTO 27/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 102.30

Visato

IL DIRETTORE MEDICO DEL R.P.OO.
Dott.ssa ANGELA M. MONTALBANO



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

Handwritten signature of 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. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopar@legalmail.it
 Mail: adaservicear@gnail.com - Cell. 377-3082546

N. P.

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>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 BELLA</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 	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____
Firma del Medico _____		Firma Infermiere



Amico

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	€ 123.50
Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
	Imponibile € 126.825
	Iva 5 % € 6.675
DATA SERVIZIO SVOLTO 29/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 133.50

Vinto

IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P. OO.
Dott.ssa 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. - 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 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>29-11-23</u> TARGA VEICOLO <u>CV50P+</u> ORARIO PARTENZA <u>9:45</u> ORARIO RIENTRO <u>14:00</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>FRANCESCO GIACUCCI</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>[Signature]</u> Infermiere <u>RABUZA 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>Dot. STABILE</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>DURSO</u> Nome <u>MICHELA</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>REARD OCOCITA'</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. ENNA UMBERTO I.</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>P.O. ADA SERVICE</u> A <u>Rep. Medicina P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> DA <u>P.O. F.B.C. LEONFORTE</u> A <u>Rep. 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>P.O. ADA SERVICE</u>			
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>	



Amico

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	€ 176.80
Ore di attesa 1 x € 10.00	€ 10.00
	Imponibile € 177.46
	Iva 5 % € 9.34
DATA SERVIZIO SVOLTO 27/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 186.80

Montalbano
IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P. 010
Dott.ssa ANGELA M. MONTALBANO



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

Alfonso Amico

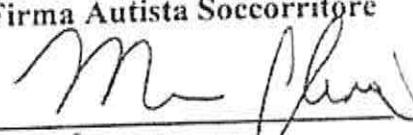
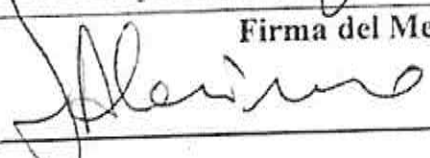
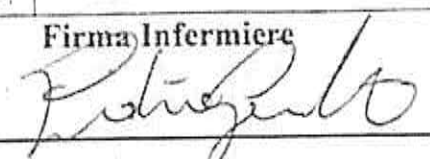


A.D.A. Service Soc. Coop. ar.l. - Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coopari@legalmail.it
 Mail: adaservicecar@gmail.com - Cell. 377 3082546

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

Man

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>18:35</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>MANUELO C.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>ALAIRO GRAZIA</u> Infermiere <u>Cristina Casati</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>SCHILLACI</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>207840</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>136</u>	
Firma Autista Soccorritore 	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico 		Firma Infermiere 	



Amico

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

Visto

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

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. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Mail: adaservicearl@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>1</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>Mariano Pulvino</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>UMBERTO GUSPARI</u> Infermiere <u>ALBERTO 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>GUARAPPA</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>Mariano Pulvino</u>	Firma 1° Soccorritore _____	Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>Umberto Guspari</u>		Firma Infermiere <u>Alberto Rosa</u>	



Amico

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

Viato
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

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: adaservicecocooprai@legalmail.it
 Mail: adaservicearl@gmail.com - Cell. 877 3082546

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

N. 1

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>21/11/2023</u> TARGA VEICOLO <u>EN 510 PK</u> ORARIO PARTENZA <u>20:51</u> ORARIO RIENTRO <u>00:00</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Alejo Scorsone</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico _____ Infermiere <u>Rivaldi CANTALO</u>	
SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA: Presidio Ospedaliero richiedente: <u>P.O. F.B.E. LEONFONTE</u> Reparto: <u>Pronto Soccorso</u> Medico o Infermiere Richiedente: <u>DIRETTORE ALBONA AGATA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>GUAGLIARDO</u> Nome <u>PAOLO</u> Patologia _____ Reparto di destinazione <u>LABIOLOGIA</u> Presidio Ospedaliero di destinazione <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
PERCORSO EFFETTUATO			
DA <u>U.O. ADA SERVICE</u>		A <u>REP. Pronto Soccorso P.O. F.B.E. LEONFONTE</u>	
DA <u>P.O. F.B.E. LEONFONTE</u>		A <u>REP. Radiologia P.O. UMBERTO I ENNA</u>	
DA <u>P.O. UMBERTO I ENNA</u>		A <u>P.O. F.B.E. LEONFONTE</u>	
DA <u>P.O. F.B.E. LEONFONTE</u>		A <u>U.O. ADA SERVICE</u>	
KM DI PARTENZA <u>205155</u>	KM DI ARRIVO <u>205268</u>	TOTALE KM EFFETTUATI <u>33</u>	
Firma Autista Soccorritore	Firma 1° Soccorritore	Firma 2° Soccorritore	
Firma del Medico		Firma Infermiere	

ASP 4
 Liboria Agata Miralzo
 Min. Med. 001/2019/1000
 Cod. Est. 001/2019/1000
 Iscr. Ord. n. 111/2019



Amico

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
AM
IL DIRETTORE MEDICO DEL P.R.O.
Dott.ssa 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



N. 32

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 iva compresa € 105.30

Visto
IL DIRETTORE MEDICO DI P.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. a.r.l. Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Basso Cardano, 6 - 04100 Frosinone (FR)
 U.O. Via Michelangelo II, 11 - 04010 Calcecioppo (FR)
 P. IVA/CF 01410920962 Per informazioni: cooper@legalmail.it
 Mail: ada.servizi@legalmail.it Cell. 077 9092516
 Cod. Intestazione Albo Coop. C46192 del 13/04/92/23 - Aut. Sanitaria n. 1644 del 07/07/2002

Man

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 CW510PK

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 DELFA GIOACCHINO

SERVIZIO TRASFERIMENTO RICHIESTO DA:
 Presidio Ospedaliero richiedente:

P.O. F.B.C. LEONFORTE

Reparto: Pronto Soccorso

Medico o Infermiere Richiedente:

Dot. SSA MORTONTE LIBERA AZZO

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

205570

KM DI ARRIVO

205996

TOTALE KM EFFETTUATI

84

Firma Autista Soccorritore

Man

Firma 1° Soccorritore

Firma 2° Soccorritore

Firma del Medico

Firma Infermiere

La Delfa



ADA Service Soc Coop arl Servizio Sanitario
Sede Legale: Via Boris Gialfano, 6 - 94100 Enna (EN)
U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Calascibetta (EN)
P. Iva/CF 01310620967 - Per: adaservicesoc.cooparl@legalmail.it
Mail: adaservicearl@gmail.com Cell. 377 8092546
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
ASPENNA

TIPOLOGIA VEICOLO: Ambulanza Unità Mobile di Soccorso Avanzato.		FOGLIO DI VIAGGIO N° <u>2</u> DATA <u>23-11-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW 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. SSA MURATORE LIBORIA AGATA</u>		DATI PAZIENTE Cognome <u>VIRZI</u> Nome <u>NOEMI</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.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>205429</u>		KM DI ARRIVO <u>205720</u>		TOTALE KM EFFETTUATI <u>81</u>	
Firma Autista Soccorritore 		Firma 1° Soccorritore _____		Firma 2° Soccorritore _____	
Firma del Medico 			Firma Infermiere 		



Man

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	€ 206.70
Ore di attea 3 x € 10.00	€ 30.00
	Imponibile € 224.865
	Iva 5 % € 11.835
DATA SERVIZIO SVOLTO 23/11/2023	
TOTALE iva compresa	€ 236.70

Vinto

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



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

Alfonso Amico



ADA Service Soc Coop arl Servizio Sanitario
 Sede Legale: Via Boris Giuliano, 6 - 94100 Enna (EN)
 U.O. Via Maddalena II, 11 - 94010 Caluzibetta (EN)
 P. Iva/CF. 01310620867 - Pec: adaservicesoc.coop.arl@legalmail.it
 Mail: adaservicent@gmail.com Cell. 877 9082546
 Cod. Iscrizione Albo Coop. C40122 del 13/04/2023 Aut. Sanitaria n. 1643 del 07/07/2023

Nim

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>23-11-23</u> TARGA VEICOLO <u>CW520PX</u> ORARIO PARTENZA <u>9:25</u> ORARIO RIENTRO <u>15:25</u>	
PERSONALE A.D.A. SERVICE INTERVENUTO Autista Soccorritore <u>Stavros C.</u> 1° Soccorritore _____		PERSONALE OSPEDALIERO INTERVENUTO Medico <u>D. 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>BOMAMMO</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>209</u>			
Firma Autista Soccorritore <u>[Signature]</u>		Firma 1° Soccorritore _____	
Firma del Medico <u>[Signature]</u>		Firma Infermiere <u>Maria Pia</u>	



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11

12

13

14



15

16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

31

32