

Allegato C COMUNICAZIONE GESTIONE P.A.S.S.					periodo di riferimento:	anno
	nominativo	tipologia: 1 sociale 2: sanitaria	comune	provincia	recapito mail	telefono
Ente Attuatore						
	numero					
Convenzioni attivate						
	numero	dei quali:	con erogazione sussidio (n°)	Montante economico erogato		
P.A.S.S. attivati				€.		

copiare questo blocco di righe per ogni soggetto ospitante con il quale è stata sottoscritta una convenzione

	nominativo	tipologia: (specificare: Associazione, Cooperativa, Ente, Privato, ecc)	Indirizzo	provincia	recapito mail	telefono
Soggetto ospitante						

Beneficiario P.A.S.S.	CODICE FISCALE	GENERE	ETA'	PROV.	CITTADINANZA
<i>Copiare questo blocco di righe per ogni Beneficiario per il quale è stato avviato un P.A.S.S.</i>					
	DATA INIZIO P.A.S.S.	DATA FINE P.A.S.S.	DURATA Giorni	Tipologia di attività proposta (specificare)	
	01/01/2016	31/12/2016	366		
				Eventuale competenza acquisita (specificare)	

Posizione INAIL		Posizione Responsabilità civile	Compagnia Assicurativa
eventuale sussidio erogato			
mensile	totale		