SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

INFORMAZIONI GENERALI SUL SERVIZIO											
PROG.	COMMITTENTE	TITOLO INTERVENTO	PERIODO ESECUZIONE (MM/AAAA)		IMPORTO COMPLESSIVO DELL'OPERA	DATA APPROVAZIONE / VALIDAZIONE (per i progetti) GG/MM/AAAA	RUOLO svolto nell'esecuzione del servizio	CATEGORIA	ID OPERE	IMPORTO OPERE	FLAG SERVIZIO DI PUNTA (SI/NO)
			DAL	AL							
1											