

**ELENCO BUONI SPESA PER IL SOSTEGNO ALIMENTARE PER NUCLEI FAMILIARI PIU ESPOSTI AI RISCHI
DERIVANTI DALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19**

PROT		COGNOME	NOME	TOTALE CONCESSO	FARMACI
N°	DEL				
12500	29/12/2020			400,00 €	
12500	29/12/2020			400,00 €	
12500	29/12/2020			150,00 €	
12500	29/12/2020			400,00 €	
12500	29/12/2020			400,00 €	
12500	29/12/2020			150,00 €	
12500	29/12/2020			300,00 €	
12500	29/12/2020			150,00 €	