

Schema di cronoprogramma Beni e Servizi

BENEFICIARIO: Regione Campania **INTERVENTO:** Servizi Digitali Sanitari **CUP:** G29B23000050006

[illegible]

Informazioni per la compilazione

Campi obbligatori SURF

(¹) indicare le date presunte di inizio e fine attività per ciascuna procedura riguardante l'intervento