

Allegato 1**SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA FIORENTINA NORD OVEST
AVVISO PUBBLICO PROGETTO "VITA INDIPENDENTE" A VALERE SUL PR FSE+ 2021-2027
ELENCO IDONEI**

n.	Codice identificativo	Rimborso massimo mensile
1	6949	1.000,00
2	6951	800,00
3	6956	2.000,00
4	6957	1.000,00
5	6958	1.400,00
6	6961	930,00
7	6962	1.400,00
8	6963	1.200,00
9	7039	1.579,00
10	6968	1.800,00
11	7000	1.550,00
12	7002	736,54
13	7012	1.280,00
14	7025	600,00
15	7016	900,00
16	7019	1.400,00
17	7022	643,00
18	7020	1.100,00
19	7023	1.000,00
20	7029	1.400,00
21	7041	1.400,00
22	7059	1.400,00
23	7062	1.000,00
24	7063	1.200,00
25	7064	620,00
26	7097	1.954,58
27	7586	1.000,00
28	7099	1.500,00
29	7067	1.286,00
30	7077	690,00
31	7078	1.800,00
32	7096	1.400,00
33	4101	1.100,00
34	7102	1.300,00
35	7103	800,00
36	7128	950,00
37	7129	1.500,00
38	7130	800,00
39	7131	1.100,00

40	7133	1.000,00
41	7136	1.400,00
42	7138	800,00
43	7137	1.000,00
44	7135	680,00
45	7146	1.260,00
46	7156	900,00
47	7157	1.200,00
48	7165	1.000,00
49	7164	1.500,00
50	7173	1.765,00
51	7181	600,00
52	7182	1.200,00
53	7192	1.000,00
54	7202	1.600,00
55	7214	1.200,00
56	7215	1.200,00
57	7229	1.200,00
58	7230	684,90
59	7233	1.000,00
60	7234	600,00
61	7238	1.200,00
62	7249	1.200,00
63	7256	1.800,00
64	7258	1.200,00
65	7306	1.400,00
66	7307	1.400,00
67	7308	950,00
68	7432	750,00
69	7439	900,54
70	7461	1.000,00
71	7516	1.200,00
72	7543	1.200,00
73	7567	1.200,00
74	7580	860,00
75	7584	600,00
76	7577	1.500,00
77	7574	900,00
78	7637	970,00
79	7369	1.200,00
80	7641	800,00
81	7675	1.800,00
82	7676	1.000,00
83	7682	700,00
84	7678	1.400,00
85	7679	900,00
86	7684	1.000,00
87	7686	900,00

88	7688	1.400,00
89	7693	1.400,00
90	7700	800,00
91	7689	966,00
92	7702	800,00
93	7713	2.000,00
94	7712	1.800,00
95	7711	1.065,38
96	7715	1.200,00
97	7726	900,00
98	7731	900,00