



COMUNE DI PALMA DI MONTECHIARO
Provincia di Agrigento

Registro Generale

**n. 1319
del 02/12/2014**

ORIGINALE DI DETERMINAZIONE DEL CAPO SETTORE

SERVIZI SOCIALI E CULTURALI

N. 414 del registro

Data 02/12/2014

Oggetto: Rimborsio spese per cure mediche utenti vari.

ANNO 2014

L'anno duemilaquattordici, il giorno due del mese di Dicembre alle ore 12,40 nella sua stanza.

IL CAPO SETTORE

SERVIZI SOCIALI E CULTURALI

Visto l'O.R.EE.LL.;

Vista la Legge 142/90, recepita con Legge Regionale n. 48/91;

Visto il Decreto L.vo n. 267/2000;

Visto il vigente Regolamento comunale di contabilità, approvato con deliberazione di C.C. n. 29/0

Vista la proposta di Determinazione del Capo Settore redatta dal Responsabile del Procedimento e di seguito riportata:

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Visto il regolamento per la concessione dei contributi approvato con Delibera di Consiglio Comunale n. 66 del 27.10.1999 e successive modifiche.

Viste le Leggi 104/92 art. 26, 68/81 e 16/86 che prevedono diversi servizi in favore dei diversamente abili gravi art. 3 comma 3 Legge 104/92;

Considerato che tra i servizi di cui all'art. 3 comma 3 legge 104/92 è previsto il rimborso spese per il raggiungimento di strutture ospedaliere su prescrizione della competente autorità sanitaria;

Vista le richieste di rimborso spese e/o i fogli di presenza delle terapie effettuate inoltrate dai sig.ri sotto elencati per i figli minori portatori di H. grave art. 3 comma 3 della L. 104/92:

OMISSIS per il figlio **OMISSIS**;

OMISSIS per il figlio **OMISSIS**;

OMISSIS per il figlio **OMISSIS**;

OMISSIS per la figlia **OMISSIS**;

OMISSIS per il figlio **OMISSIS**;

OMISSIS per il figlio **OMISSIS**;

OMISSIS per il figlio **OMISSIS**;

OMISSIS per il figlio **OMISSIS**;

Visti i documenti allegati alle istanza;

Considerato che è necessario rimborsare alle sig.re sotto elencate per le terapie e/o ricoveri dei figli in regime di Day-Hospital presso le strutture indicate a fianco di ognuna:

OMISSIS la somma di € 952,00 per 56 viaggi compiuti per raggiungere l'AIAS di Agrigento nei mesi di Aprile, Maggio Giugno, Luglio e Agosto;

OMISSIS la somma di € 219,00 per 3 viaggi compiuti per raggiungere l'Istituto di Ricovero e Cura di Troina;

OMISSIS la somma di € 544,00 per 32 viaggi compiuti per raggiungere l'AIAS di Agrigento nei mesi di settembre e Ottobre;

OMISSIS la somma di € 255,00 per 15 viaggi compiuti per raggiungere l'AIAS di Agrigento nei mesi di Agosto, Settembre e Ottobre;

OMISSIS la somma di € 646,00 per 38 viaggi compiuti per raggiungere l'AIAS di Agrigento nei mesi di Agosto Settembre e Ottobre;

OMISSIS la somma di € 945,00 per i 5 viaggi compiuti per raggiungere il Policlinico "Gaetano Martini" di Messina;

OMISSIS la somma di € 426,00 per 2 viaggi compiuti presso l'Ospedale Di Cristina a Palermo e 12 viaggi compiuti per raggiungere l'A.I.A.S. di Agrigento nei mesi di Settembre;

OMISSIS la somma di € 73,00 per 1 viaggio compiuto per raggiungere l'Oasi Maria SS. Onlus di Troina;

PROPONE

Di liquidare alla sig.re sotto elencate la somma a fianco di ciascuno indicata:

OMISSIS, la somma di € 952,00;

OMISSIS, la somma di € 219,00;

OMISSIS la somma di € 544,00;

OMISSIS, di € 255,00;

OMISSIS la somma di € 646,00;

OMISSIS, la somma di € 945,00;

OMISSIS, la somma di € 426,00;

OMISSIS, la somma di € 73,00;

Di emettere mandato di pagamento in favore delle sig.re:

OMISSIS per € 952,00;

OMISSIS per € 219,00;

OMISSIS per € 544,00;

OMISSIS, la somma di € 255,00;

OMISSIS per € 646,00;

OMISSIS per la somma di € 945,00;

OMISSIS per € 426,00;

OMISSIS per € 73,00;

Di gravare la complessiva somma di € 4.064,00 sul Cap. 8596 - “Assistenza economica a famiglie bisognose e in difficoltà”, Imp. N° 75981;

di dare atto che si tratta di spesa non frazionabile ai sensi e per gli effetti del comma 1 dell'art. 163 del Decr. L.vo. 267/00;

Data _____

Il Responsabile del Procedimento
L'Ass. Sociale f.to Rosanna Spinello

Ritenuta meritevole di accoglimento;

DETERMINA

Di approvare la superiore proposta che qui si intende materialmente riportata;

La presente determinazione si trasmette al responsabile del servizio Finanziario ai sensi e per gli effetti di cui al Comma 4, art. 184 del Decreto L.vo n. 267/2000.

Data _____

Il Capo Settore Servizi Sociali e Culturali
f.to Dr. Angelo Sardone

Effettuati i controlli e i riscontri amministrativi, contabili e fiscali sull'atto, si oppone il visto di regolarità contabile, ai sensi del 4° comma dell' art. 184 del Decreto L.vo n. 267/2000.

Data _____

Il Responsabile del Servizio Finanziario
f.to Dr. Rosario Zarbo

IL CAPO SETTORE

F.to _____

Il sottoscritto Segretario Comunale

CERTIFICA

che la presente determinazione è stata pubblicata all'albo pretorio per giorni 15 consecutivi dal _____ al _____.

IL MESSO COMUNALE

Dalla Residenza Municipale, li _____

IL SEGRETARIO COMUNALE

E' copia conforme all'originale, da servire per uso amministrativo.

Dalla Residenza Municipale, li _____

IL SEGRETARIO COMUNALE

ATTESTAZIONE DI COPIA

La presente è copia conforme all'originale documento conservato agli atti. Le eventuali parti omesse ai sensi della normativa sul rispetto della privacy non contrastano con il contenuto dello stesso. Si rilascia per uso pubblicazione on line sul sito internet istituzionale (art. 32 legge 69/2009).

Palma di Montechiaro 03/12/2014

Il Funzionario incaricato
Dr. Angelo Sardone