



COMUNE DI PALMA DI MONTECHIARO  
Provincia di Agrigento

**Registro Generale**

**n. 1418  
del 17/12/2014**

**ORIGINALE DI DETERMINAZIONE DEL CAPO SETTORE**

**SERVIZI SOCIALI E CULTURALI**

N. 437 del registro

Data 12/12/2014

**Oggetto: 2° Rimborso spese per cure mediche utenti vari Dicembre 2014.**

**ANNO 2014**

L'anno duemilaquattordici, il giorno 12 del mese di Dicembre alle ore 9,30 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 familiari portatori di H. grave art. 3 comma 3 della L. 104/92:

**OMISSIS** per il figlio **OMISSIS**;

**OMISSIS** per lo stesso;

**OMISSIS** per il coniuge **OMISSIS**;

**OMISSIS** per il figlio minore **OMISSIS**;

Visti i documenti allegati alle istanza;

Considerato che è necessario rimborsare alle sig.re sotto elencate per le terapie e/o ricoveri dei familiari presso le strutture indicate a fianco di ognuna:

**OMISSIS** la somma di € 644,00 per 25 viaggi compiuti per raggiungere l'AIAS di Agrigento nei mesi di Settembre, Ottobre e 3 viaggi per raggiungere l'Istituto di Ricovero e Cura di Troina;

**OMISSIS** la somma di € 567,00 per 3 viaggi compiuti per raggiungere l'Ospedale G. Martini di Messina;

**OMISSIS** la somma di € 321,00 per 3 viaggi compiuti per raggiungere l'U.O. Oncologia Medica Humanitas di Catania;

**OMISSIS** la somma di € 888,00 per 11 viaggi compiuti per raggiungere l'Ospedale G. di Cristina di Palermo;

#### PROPONE

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

**OMISSIS**, la somma di € 644,00;

**OMISSIS**, la somma di € 567,00;

**OMISSIS**, la somma di € 321,00;

**OMISSIS** la somma di € 888,00;

Di emettere mandato di pagamento in favore dei sig.:

**OMISSIS** per € 644,00;

**OMISSIS** per € 567,00;

**OMISSIS** per € 321,00;

**OMISSIS** per € 888,00;

Di gravare la complessiva somma di € 2.420,00 sul Cap. 8596 - "Assistenza economica a famiglie bisognose e in difficoltà", Imp. N° 76158;

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 18/12/2014

Il Funzionario incaricato  
Dr. Angelo Sardone