



COMUNE DI PALMA DI MONTECHIARO  
Provincia di Agrigento

**Registro Generale**

n. 1000  
del 24/10/2013

**ORIGINALE DI DETERMINAZIONE DEL CAPO SETTORE**  
**SERVIZI SOCIALI E CULTURALI**

N. 257 del registro  
Data 23/10/2013

**Oggetto: Rimborso spese per cure mediche Troina.**

**ANNO 2013**

L'anno duemilatredici, il giorno 23 del mese di Ottobre alle ore 12,30 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;

Viste le richieste di rimborso spese inoltrate dai sig. **OMISSIS**, padre della minore **OMISSIS**, e **OMISSIS**, madre del minore **OMISSIS**, entrambi i minori portatori di handicap grave art. 3 comma 3 della legge 104/92;

Considerato che è necessario rimborsare al sig. **OMISSIS** la somma di € 73,00, e alla sig.ra **OMISSIS** la somma di € 511,00, per i viaggi compiuti per raggiungere l'Istituto di Ricovero e Cura di Troina, per i ricoveri dei rispettivi figli, secondo i certificati rilasciati dalla struttura ospedaliera ed allegati all'istanza;

#### PROPONE

Di liquidare al sig. **OMISSIS**, la somma di € 73,00 per il viaggio compiuti per raggiungere l'Istituto di Ricovero e Cura di Troina, per il ricovero della figlia **OMISSIS**, secondo il certificato rilasciato dalla struttura ospedaliera ed allegato all'istanza;

Di liquidare alla sig.ra **OMISSIS**, la somma di € 511,00, per i viaggi compiuti per raggiungere l'Istituto di Ricovero e Cura di Troina per i ricoveri del figlio **OMISSIS**, in regime di degenza temporanea, secondo i certificati rilasciati dalla struttura ospedaliera ed allegati all'istanza;

Di emettere mandato di pagamento in favore dei sig. elencati, per la somma a fianco di ognuno indicata:

1. **OMISSIS**, € 73,00;
2. **OMISSIS**, € 511,00;

Di gravare la complessiva somma di € 584,00 - Cap. 8596 - "Assistenza economica a famiglie bisognose e in difficoltà", ;

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  
f.to L'Ass. Sociale Rosanna Spinello

Ritenuta meritevole di accoglimento;

#### DETERMINA

Di liquidare al sig. **OMISSIS**, la somma di € 73,00 per il viaggio compiuti per raggiungere l'Istituto di Ricovero e Cura di Troina, per il ricovero della figlia **OMISSIS**, secondo il certificato rilasciato dalla struttura ospedaliera ed allegato all'istanza;

Di liquidare alla sig.ra **OMISSIS**, la somma di € 511,00, per i viaggi compiuti per raggiungere l'Istituto di Ricovero e Cura di Troina per i ricoveri del figlio **OMISSIS**, in regime di degenza temporanea, secondo i certificati rilasciati dalla struttura ospedaliera ed allegati all'istanza;

Di emettere mandato di pagamento in favore dei sig. elencati, per la somma a fianco di ognuno indicata:

1. **OMISSIS**, € 73,00;
2. **OMISSIS**, € 511,00;

Di gravare la complessiva somma di € 584,00 - Cap. 8596 - "Assistenza economica a famiglie bisognose e in difficoltà", ;

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 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 08/11/2013

Il Funzionario incaricato  
Dr. Angelo Sardone