

E. n. 209



COMUNE DI FAVARA

(Provincia di Agrigento)

tel: 0922 448362-365 fax: 0922 33365

www.comune.favara.ag.it

P.O. N.1

“SERVIZI AL CITTADINO E S.T.”

DETERMINA DEL RESPONSABILE

Reg. di Sett. N. 66 DEL 20-03-2017

Reg. Gen. N. 209 DEL 27-03-2017

OGGETTO	Liquidazione rette di ricovero disabili, ospiti della comunità alloggio gestita dalla Soc. coop. soc. “La Mano Amica” di Favara. Mese di dicembre 2016.
---------	---

IL RESPONSABILE

- Premesso :
- Che la L.R. n.22/86, in attuazione delle norme e dei principi sanciti dalla Costituzione, a garanzia delle fasce più deboli promuove un sistema di servizi socio-assistenziali finalizzato a garantire ai cittadini che ne hanno titolo interventi adeguati volti ad assicurare confacenti ed appropriati condizioni materiali e sociali che assicurano rispetto e stima della dignità umana;
- Che la L.328/2000 art.6 comma 4 fissa per i soggetti per i quali si rende necessario il ricovero presso strutture residenziali, l'obbligo per i Comuni di residenza di assumere l'eventuale onere delle rette ad integrazione delle risorse dell'utente;
- Visto il D.A. n.867/S7 pubblicato sulla GURS n.22 del 16/05/2003 sancisce i criteri per l'accesso agevolato ai servizi sociali;
- Considerato il servizio prestato dalla Soc.coop. soc. “La Mano Amica” con sede in Favara, per il mese di dicembre 2016 ;
- Vista la fattura n.3_17 del 09/01/2017 di € 4.892,37;
- Verificata la regolarità contributiva e assicurativa dell'Ente;
- Visto il d.Lgs. n. 267/2000, come integrato e modificato dal d.Lgs. n. 126/2014, ed in particolare gli articoli 183, comma 5 e 184;
- Visto il D.Lgs. n. 118/2011 ed in particolare il principio contabile applicato della contabilità finanziaria (all. 4/2);
- Vsto il vigente Regolamento di Contabilità;

N. DEL REGISTRO DELLE PUBBLICAZIONI

La presente determinazione viene pubblicata all'Albo Pretorio per giorni 15 consecutivi

dal al

Data,

Il Responsabile del servizio

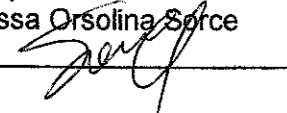
.....

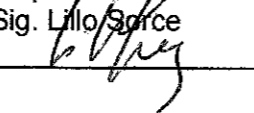
- Che è necessario per le ragioni suesposte provvedere ad liquidare la somma per la corresponsione delle rette di ricovero;

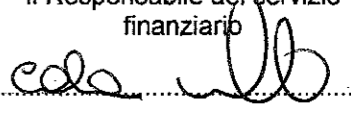
DETERMINA

- 1) Liquidare la complessiva somma di €.4.892,37 necessaria per il pagamento delle rette di ricovero dei disabili, ricoverati presso la comunità alloggio, gestita dalla coop. Sociale "La Mano Amica" di Favara mese di dicembre 2016, al cod. 1100403 ex cap. 1959;
- 2) Emettere mandato di pagamento in favore della Coop. Sociale "La mano Amica" con sede in via del Mandorlo, 2 Favara (AG);
- 3) Dare atto che si tratta di spesa obbligatoria per legge e, pertanto, non incontra i limiti di cui all'art. 163 co. 1 del D.L.GS. 267/00.
- 4) Dare atto che ai sensi del D.L. n.66 del 24/04/2014 art.25 comma 2 lett.a, convertito con modificazioni dalla L. n.89 del 23/06/2014, ovvero della tab.1 allegata al medesimo decreto, la fornitura del servizio de quo rientra nei casi di esclusione dall'obbligo di tracciabilità (cig) di cui alla legge 13/2010 (prestazioni socio-sanitarie e di ricovero... senza svolgimento di procedure di gara).
- 5) di rendere noto ai sensi dell'art. 3 della legge n° 241/1990 che l'istruttore del procedimento è la sig.ra Corallo Evelyn
- 6) di trasmettere il presente atto:
 - all'Ufficio Ragioneria per l'emissione del relativo mandato di pagamento;
 - all'Ufficio segreteria per l'inserimento nella raccolta generale nel rispetto della normativa sulla privacy;
 - al Responsabile per la Trasparenza della P.O.1 per gli adempimenti di cui all'art.43 del D.Lgs. 33/2013;

Favara li 20.03.2017

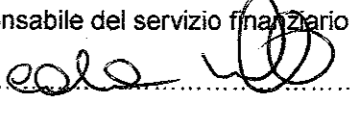
Il Responsabile del Servizio
Dott.ssa Orsolina Sorice


Il Responsabile P.O. n.1
Sig. Lillo Sorice


VISTO DI REGOLARITÀ CONTABILE	
Il Responsabile del Servizio finanziario in ordine alla regolarità contabile del presente provvedimento, ai sensi dell'articolo 147-bis, comma 1, del d.Lgs. n. 267/2000 e del relativo Regolamento comunale sui controlli interni, comportando lo stesso riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico-finanziaria o sul patrimonio dell'ente, osserva:	
.....	
.....	
rilascia:	
<input checked="" type="checkbox"/> PARERE FAVOREVOLE	
<input type="checkbox"/> PARERE NON FAVOREVOLE, per le motivazioni sopra esposte;	
Data	Il Responsabile del servizio finanziario 

ATTESTAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA DELLA SPESA				
Si attesta, ai sensi dell'art. 153, comma 5, del D.Lgs. n. 267/2000, la copertura finanziaria della spesa in relazione alle disponibilità effettive esistenti negli stanziamenti di spesa e/o in relazione allo stato di realizzazione degli accertamenti di entrata vincolata, mediante l'assunzione dei seguenti impegni contabili, regolarmente registrati ai sensi dell'art. 191, comma 1, del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267:				

Impegno	Data	Importo	Cap./Art.	Esercizio
1280	2016	4.892,37	1059	2017

Data	Il Responsabile del servizio finanziario 
Con l'attestazione della copertura finanziaria di cui sopra il presente provvedimento è esecutivo, ai sensi dell'art. 151, comma 4, del d.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267.	