



# COMUNE DI FAVARA

(Provincia di Agrigento)

tel: 0922 448362-365 fax: 0922 33365

[www.comune.favara.ag.it](http://www.comune.favara.ag.it)

P.O. N.3

“SERVIZI SOCIALI P.I.”

## DETERMINA DEL RESPONSABILE

Reg. di Sett. N. 196 DEL 12-10-2015

Reg. Gen. N. 733 DEL 14-10-2015

OGGETTO	Impegno liquidazione rette di ricovero disabili, ospiti della comunità alloggio gestita dalla coop. Soc. “ La mano amica” di Favara. Mesi di maggio e giugno 2015.
---------	--

### IL RESPONSABILE

- Premesso :
- che con diversi atti amministrativi, negli anni passati, sono stati autorizzati il ricovero dei disabili psichici presso varie comunità alloggio;
- Che rimangono i presupposti per la continuazione del ricovero dei disabili presso le comunità;
- Che il Comune è tenuto ad assicurare il ricovero dei disabili psichici dimessi dagli ospedali psichiatrici e di nuova cronicità così come da circolare n.8 del giugno 1986 degli EE.LL.
- Vista la fattura n.19 del 19/09/2015, relativa al servizio prestato nel mese di maggio e giugno 2015;
- Che è necessario in considerazione delle ragioni suesposte provvedere ad impegnare la spesa, obbligatoria per legge ( art.10 L.R. 22/86 ), per la corresponsione delle rette per l'anno 2015;
- 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);
- Visto il vigente Regolamento di Contabilità;
- Che è necessario per le ragioni suesposte provvedere ad liquidare la somma per la corresponsione delle rette di ricovero;

## DETERMINA

- 1) Impegnare la complessiva somma di €.9.190,58 necessaria per il pagamento delle rette di ricovero dei disabili, ricoverati presso la comunità alloggio, gestita dalla coop. sociale "La Mano amica" relative ai mesi di maggio e giugno 2015, al cod. 1100403 ex cap. 1959;
- 2) Liquidare la complessiva somma di €.9.190,58 necessaria per il pagamento delle rette di ricovero dei disabili, ricoverati presso la comunità alloggio, gestita dalla coop. sociale Esperia relative ai mesi di maggio e giugno 2015, al cod. 1100403 ex cap. 1959;
- 3) Emettere mandato di pagamento in favore della Coop. Sociale "" di Favara;
- 4) 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.
- 5) Con indicazione sul mandato di pagamento ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari L.136/2010 del CIG *Z 27167A284*
- 6) di rendere noto ai sensi dell'art. 3 della legge n° 241/1990 che il responsabile del procedimento è la sig.ra Corallo Evelyn
- 7) 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.3 per gli adempimenti di cui all'art.43 del D.Lgs. 33/2013;

Favara li \_\_\_\_\_

Il Responsabile P.O. n.3

\_\_\_\_\_ *Corallo*

**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, osservo:

.....  
 .....  
 .....

rilascia:

- PARERE FAVOREVOLE  
 PARERE NON FAVOREVOLE, per le motivazioni sopra esposte;

Data .....

Il Responsabile del servizio  
 finanziario

*[Handwritten Signature]*

**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
1050	12/10/2015	1.2065,00000	105P	2015

Data .....

Il Responsabile del servizio finanziario

*[Handwritten Signature]*

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.

N. .... DEL REGISTRO DELLE PUBBLICAZIONI

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

dal ... 14 OTT 2015 ..... al .....

Data, .....

Il Responsabile del servizio

.....