



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4

CASTELTERMINI

PROVINCIA DI AGRIGENTO

Ambito territoriale: Casteltermini – San Giovanni Gemini – Cammarata

Determinazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano Distrettuale

N. 12 del registro Data 30.08.2017	OGGETTO: Liquidazione compensi Progetto Home Care Premium 2014 – ottobre/novembre/dicembre 2016.
---	---

L'anno duemiladiciassette, il giorno trenta del mese di agosto, nell'ufficio di Piano Distrettuale

La Responsabile dell'Area di P.O. n. 2

Rag. Teresa Spoto

in sostituzione del Responsabile dell'Area di P.O. n.1 / Coordinatore di Distretto

Premesso:

- **Che** con Deliberazione del Comitato dei Sindaci n. 05 del 12.12.2013, si è provveduto a delegare il Comune di San Giovanni Gemini, come capofila, per la gestione del progetto "Home Care Premium" 2014 progetti innovativi e sperimentali di assistenza domiciliare promossi dall'INPS gestione ex INPDAP";
- **Che** successivamente, così come previsto nel progetto, si è provveduto a costituire un gruppo di lavoro composto da personale inserito nei Comuni del Distretto Socio Sanitario D4 per l'espletamento degli atti burocratici necessari per la gestione del progetto "Home Care Premium 2014" in favore dei beneficiari residenti nei Comuni dell'ambito, giuste Determinazioni del Progetto Direttore dell'Esecuzione n.5 e 27/2015;
- **Che** il Comune di San Giovanni Gemini, a seguito dell'accreditamento dell'acconto versato dall'INPS ammontante ad € 111.600,00, ha provveduto, con Determinazione del Responsabile del progetto/Direttore dell'esecuzione n.03/2017, a liquidare al Comune di Casteltermini l'importo di €1.009,9, al lordo di complessivi €2,00 quali spese di commissione, da erogare al personale che ha svolto il progetto HCP 2014, nel periodo ottobre/dicembre 2016, così come indicato nell'allegato B, facente parte della sopra citata determinazione del Responsabile del Progetto;

Considerato che il personale in argomento ha svolto regolarmente il servizio di che trattasi;

Ritenuto doveroso, liquidare ai dipendenti le spettanze dovute così come indicato di seguito e che gli importi lordi di ognuno, si intendono comprensivi degli oneri riflessi a carico dell'ente:

Ottobre-Novembre-Dicembre

Nominativi	C.F.	Cat.	Importo orario	Importo orario con oneri riflessi	Ore lavorate	Totale lordo comprensivo dei contributi a carico dell'ente	IBAN DIPENDENTI
Alecci Giuseppina	<i>Omissis</i>	B1	11,41	15,28	15	228,70	<i>Omissis</i>
Baiamonte Teresa	<i>Omissis</i>	B4	12,24	16,39	15	245,35	<i>Omissis</i>
Lo Re Alfonsa	<i>Omissis</i>	C1	12,83	17,18	15	257,20	<i>Omissis</i>
Maltacesare Ester	<i>Omissis</i>	C4	13,97	18,48	15	276,70	<i>Omissis</i>

Per quanto sopra esposto

DETERMINA

Di corrispondere ai sotto elencati dipendenti, l'importo complessivo di € 1.007,95 a fronte di € 1.009,95 al lordo di € 2,00 quali spese di commissione, per avere espletato tutti gli atti burocratici necessari per la gestione del progetto Home Care PREMIUM 2014, in favore dei beneficiari residenti, il compenso come specificato nei seguenti prospetti:

Ottobre-Novembre-Dicembre

Nominativi	C.F.	Cat.	Importo orario	Importo orario con oneri riflessi	Ore lavorate	Totale lordo comprensivo dei contributi a carico dell'ente	IBAN DIPENDENTI
Alecci Giuseppina	<i>Omissis</i>	B1	11,41	15,28	15	228,70	<i>Omissis</i>
Baiamonte Teresa	<i>Omissis</i>	B4	12,24	16,39	15	245,35	<i>Omissis</i>
Lo Re Alfonsa	<i>Omissis</i>	C1	12,83	17,18	15	257,20	<i>Omissis</i>
Maltacesare Ester	<i>Omissis</i>	C4	13,97	18,48	15	276,70	<i>Omissis</i>

Di far fronte alla spesa scaturente dal presente atto, relativa agli importi lordi comprensivi degli oneri riflessi a carico dell'ente, con i fondi che il Comune di San Giovanni Gemini, capofila del progetto HCP2014, a seguito dell'accreditamento dell'acconto versato dall'INPS, ha provveduto a liquidare al nostro Comune, con Determinazione del Responsabile del progetto/Direttore dell'esecuzione 03/17 di cui al D.D.G. n. 294 del 21.03.2011;

Di dare atto che la presente determinazione sarà pubblicata sul sito istituzionale all'Albo on line dell'Ente;

Di trasmettere il presente atto al Responsabile del Servizio Finanziario dell'Ente perché, ai sensi del comma 4 dell'art.151 del D.Lgs 267/2000, vi apponga il visto di regolarità contabile, attestante la copertura finanziaria e provveda ai conseguenti provvedimenti, come previsto dagli artt. 183 e 184 del medesimo decreto legislativo.

L'ISTRUTTORE

f.to M. Ester Maltacesare

IL COORDINATORE

**In sostituzione del Dott. Calogero Sardo
f.to Rag. Teresa Spoto**

Avvertenze

Ai sensi del comma 4 dell'art.3 della legge 7 agosto 1990 n.241 s.m.i. avverso il presente provvedimento è ammesso:

- Ricorso giudiziale al TAR di Palermo ai sensi dell'art. 2, lett.2) e art.21 della l. n.1034/1971 e ss.mm. entro il termine di giorni sessanta dalla data di scadenza del termine di pubblicazione ovvero da quello in cui l'interessato ne abbia ricevuto la notifica o ne abbia comunque avuto piena conoscenza;
- Ricorso straordinario al presidente della regione per i motivi di legittimità entro 120 giorni decorrenti dal medesimo termine di cui sopra.

Determina di Coordinatore Uff. di Piano Distrettuale n.12 del 30.08.2017

Oggetto: Liquidazione compensi Progetto Home Care Premium 2014 – ottobre/novembre/dicembre 2016.

VISTO DI REGOLARITA' CONTABILE ATTESTANTE LA COPERTURA FINANZIARIA

Si esprime parere di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria **favorevole**, ai sensi dell'articolo 151, comma 4, del Decreto legislativo 18 agosto 2000 n.267, recepito dell'art. 551 del testo Coordinato delle Leggi regionali, relativo all'Ordinamento degli EE.LL.;

Data 30/08/2017

Acc.72

Imp. 372

Il Responsabile del Servizio Finanziario

f.to Teresa Spoto

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE
IL RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE ALBO ON-LINE**

CERTIFICA

che la presente determinazione è stata pubblicata all' Albo On-Line dal _____ al _____, per quindici giorni consecutivi.

Dalla residenza Comunale, li _____

Il Responsabile Pubblicazione On-Line
