



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4 CASTELTERMINI

PROVINCIA DI AGRIGENTO

Ambito territoriale: Casteltermini – San Giovanni Gemini - Cammarata

Determinazione del Coordinatore Dell'Ufficio di Piano Distrettuale

N. 20 del registro	OGGETTO: Approvazione elenco aventi diritto- concessione sostegno economico al familiare di soggetto affetto da SLA – 1° e 2° semestre - anno 2017– D.A. n.2201 del 07/08/2017.
Data 23.10.2017	

L'anno duemiladiciassette, il giorno ventitre del mese di ottobre, nell'ufficio di Piano Distrettuale.

IL COORDINATORE
Dott.Calogero Sardo

Vista la Legge 08.11.2000 , n.328 “ Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Vista la Legge n.22/86;

Visto l'avviso dell'Assessorato regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro n. 6715 di prot. del 16.02.2012, con il quale il Ministero ha destinato i Fondi per la Non Autosufficienza esclusivamente in favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);

Visto il D.A. n.2201 del 07/08/2017, dell'Assessorato regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con il quale è stato approvato l'avviso pubblico concernente i progetti finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), con relativa copertura finanziaria;

Visto l'avviso relativo alla presentazione delle istanze, anno 2017, per il sostegno economico al familiare di soggetto affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), pubblicato nei siti ufficiali dei tre Comuni facenti parte del Distretto Socio-Sanitario n.4;

Viste le istanze pervenute entro i termini previsti nell'avviso pubblico, presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario n.4, relativamente al 1° e 2° semestre 2017;

Constatato che è pervenuta, una sola istanza e la stessa ha i requisiti previsti dal D.A. n.2201/2017;

Per i motivi in premessa descritti

DETERMINA

Di approvare l'allegato elenco degli aventi diritto al sostegno economico in quanto familiare di soggetto affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), composto da un solo beneficiario, che fa parte integrante e sostanziale del presente atto, così come previsto dal D.A. n.2201 del 07/08/2017, dell'Assessorato regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, relativamente al 1° e 2° semestre 2017.

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

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
f.to Dott. Calogero Sardo

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.

ELENCO ISTANZE DI SOSTEGNO ECONOMICO PER SOGGETTI AFFETTI DA SLA ASSISTITI DA FAMILIARI CAREGIVER

D.A. n. 2201 del 07/08/2017 - 1 e 2 sem. - anno 2017

N. progr.	Cognome e Nome richiedente	Cognome e Nome assistito	Data di nascita assistito
1	<i>OMISSIS</i>	<i>OMISSIS</i>	<i>OMISSIS</i>
<i>////</i>	<i>/////</i>	<i>/////</i>	<i>/////</i>

Determina di Coordinatore Uff. di Piano Distrettuale n. ~~20~~ del 22/10/2017


Oggetto: Approvazione elenco aventi diritto- concessione sostegno economico al familiare di soggetto affetto da SLA - 1° e 2° semestre - anno 2017- D.A. n.2201 del 07/08/2017.

Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria,
ai sensi dell'art.151, comma 4 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n.267, recepito dell'art.551 del Testo
Coordinato delle Leggi Regionali, relativo all'Ordinamento degli EE.LL.;

L'atto non compete spera a carico dell'Ente

Data 24/10/2017

Il Responsabile del Servizio Finanziario


Carere Spot

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
