



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4 CASTELTERMINI

PROVINCIA DI AGRIGENTO

Ambito territoriale: Casteltermini – San Giovanni Gemini – Cammarata

Determinazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano Distrettuale

N.01 del registro	OGGETTO Liquidazione polizze assicurative RCT e Infortuni Azione 1-Assistenza economica per Servizio Civico Piano Zona 2013/2015 - CIG – Z2822B1B2D
Data 04/01/2019	

L'anno duemiladiciannove , il giorno quattro, del mese di gennaio, nell'ufficio di Piano Distrettuale.

IL COORDINATORE

Dott. Calogero Sardo

Visto il Piano di Zona 2013-15 approvato dal Comitato dei Sindaci con propria deliberazione n. 3 del 21.03.2014;

Che il suddetto Piano di Zona 2013-15 è stato approvato in maniera definitiva dal nucleo di valutazione in data 22.05.2015, giusta nota dell'Assessorato Regionale della Famiglia, Politiche Sociali e Autonomie Locali- Serv.2° - Ufficio Piano n.18891 del 26.05.2015;

Vista la Determinazione del Coordinatore n.56 del 28.12.2015 relativa all'impegno di spesa I^ Annualità Piano di Zona 213-15;

Vista la propria Determinazione n.3 del14/03/2018, con la quale si è provveduto all'affidamento all'**Agenzia Amissima Assicurazioni S.p.A.** di Agrigento Via Cicerone,20 – 92100 Agrigento per n. 64 utenti da avviare per l'inserimento lavorativo – Azione 1 PdZ 2013-15 ,per un importo complessivo di € **1.728,00** (millesettecentoventotto/00) IVA compresa, per la durata di tre mesi su base annua, per due ore di servizio giornaliero

Vista la nota Regionale dell'Assessorato Famiglia Politiche Sociali e Lavoro-Dipartimento Famiglia- Servizio 2°- ufficio Piano,n.33543 del 16/10/18 pervenuta in data 17/10/18, nella quale sono stati comunicati l'emissione dei titoli di spesa relativi al Piano di Zona 2013/15;

Viste le allegate polizze di Responsabilità Civile e Cumulativa Infortuni della Amissima Assicurazioni S.p.A. di Agrigento, relative ai soggetti che sono già stati avviati, al livello distrettuale, ai servizi in argomento, per la III^ annualità+premierità e per un importo complessivo di € **1.728,00**;

Ritenuto pertanto di provvedere alla liquidazione delle polizze:

- n. 803454055 di € 960,00
- n. 803454054 di € 768,00

Visti gli allegati: *DURC* e Dichiarazione relativa alla tracciabilità dei flussi finanziari, inerenti entrambi all'Agente Generale Sciabica Angelo nato il 22/07/1974 ad Agrigento – CF SCBNG74L22A089L ;

Che il *CIG* relativo all'oggetto è il seguente: Z2822B1B2D

Per quanto sopra esposto

DETERMINA

Di liquidare le seguenti polizze assicurative, per la somma complessiva di € **1.728,00**, al sig. Sciabica Angelo nato il 22/07/1974 ad Agrigento – CF SCBNGL74L22A089L, in qualità di Agente Generale dell' **Amissima Assicurazioni S.p.A.** di Agrigento Via Cicerone,20 – 92100 Agrigento, relative ai soggetti che sono già stati avviati ai servizi previsti nell' Azione 1 del PdZ 2013-15 Inserimenti lavorativi - L.328/00:

- n. 803454055 di € 960,00
- n. 803454054 di € 768,00

Di accreditare la suddetta somma così come specificato nella dichiarazione relativa alla tracciabilità dei flussi finanziari;

Di fare fronte alla spesa con i fondi di cui alla propria determinazione n.56 del 28.12.2015;

Di dare atto che la presente determinazione sarà pubblicata all' Albo on line del Comune di Casteltermini, in quanto capofila n. 4;

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.



Amisima ASSICURAZIONI

RESPONSABILITA' CIVILE

Amisima Assicurazioni S.p.A. Fondata nel 1963 - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Amisima, iscritto con il n. 050 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Amisima Holdings S.r.l. - Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia T +39 02 30761 F +39 02 3086125 - Capitale Sociale Euro 209.652.480,00 i.v. Registro delle Imprese di Milano CF e PI 01677750158 REA MI 624493 - Albo Imprese Ivass 1.00031 Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93) amisima@pec.amisima.it - www.amisimagrupo.it

POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' CIVILE

n. **803454055**

cod.ramo	cod.s/ramo	cod.prodotto	codice agenzia	denominazione	sub agenzia	convenzione	cod.cliente
50	1	35101	87	AGRIGENTO GENERALE	21		200588137 39

DATI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

cognome e nome/denominazione sociale COMUNE DI CASTELTERMINI		titolo/tipo società	cod. professione	codice fiscale/partita IVA 01322790849
indirizzo (via, n. civico) PIAZZA DUOMO 3		c.a.p. 92025	località CASTELTERMINI	sigla provincia AG

DATI DELLA POLIZZA

effetto ore 24 del 07/05/2018	scadenza ore 24 del 07/05/2019	durata anni: 1 mesi: 00 giorni: 00	frazionamento ANNUALE	scadenza prima rata 07/05/2019	senza tacito rinnovo dal 07/05/2019	indicizzazione <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
sostituisce polizza n.	sostituisce polizza n.	sostituisce polizza n.	ns. quota 100	rischio comune		
codice	vincolo	ente vincolatario - indirizzo - città				scadenza vincolo

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

RCT DERIVANTE A 192 OPERATORI MEGLIO DESCRITTI IN ALLEGATO, CHE SVOLGERANNO ATTIVITA' VOLONTARIA PER IL DISTRETTO SOCIO SOCIO - SANITARIO D4, SI INTENDE APPLICATA UNA FRANCHIGIA DI 350,00 DANNI A COSE, GLI OPERATORI NON SONO CONSIDERATI TERZI TRA LORO, SI INTENDE ESCLUSA QUALSIASI ATTIVITA' MEDICA / INFERMIERISTICA

SUBAPPALTO: L'Assicurato dichiara di cedere non più del _____ % del valore di ogni singola opera od appalto.

POSIZIONE INAIL IN CORSO: Sede _____ n. _____ Sede _____ n. _____

Valgono le norme che regolano il settore contrassegnato con una "X"

- Settore A Rischi Diversi Settore B Imprese Industriali ed Edili Settore C Imprese Artigiano Settore D Aziende agricole Settore E Imbarcazioni

CONTEGGIO DEL PREMIO

Elementi di Rischio fluttuante: _____ Il premio annuo imponibile non potrà essere inferiore a _____

Tassi imponibili: R.C.T. _____ %/100 = _____ R.C.O. _____ %/100 = _____ Polizza soggetta a regolazione del premio SI NO

MASSIMALI PREMI ANNUI IMPONIBILI

Garanzie	Massimali			Premio annuo imponibile	Codice Rischio
	Per ogni sinistro	Con il limite per persona	Con il limite per danni a cose		
Responsabilità Civile verso terzi R.C.T.	250.000,00	250.000,00	250.000,00	774,53	051100
Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro R.C.O.	=====	=====	=====		=====

Condizioni Aggiuntive: _____ Allegati: _____

PREMIO

	netto	accessori	imposte	totale
alla firma	654,41	130,88	174,71	960,00
rate successive	=====	=====	=====	=====

Il premio dovuto per un periodo inferiore all'anno, può essere pagato con assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità, oppure con bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico indicando come beneficiario l'intermediario in qualità di rappresentante della Società o la Società medesima; e ammesso il pagamento in contanti secondo le vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio.

L'ammontare complessivo della prima rata di premio è stato versato		Emessa in AGRIGENTO il 07/05/2018	
il _____	I.c. n° _____	del _____	l'Agente

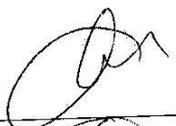
DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Al sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1884 del Codice Civile il Contraente dichiara che:

- a) non ha in corso con altre Società, polizze contro rischi garantiti dalla presente;
- b) nell'ultimo quinquennio non gli sono stati richiesti risarcimenti per danni a terzi imputabili a sua responsabilità relativamente a rischi garantiti dalla presente, né gli sono state, da altre Società, annullate polizze stipulate contro gli stessi rischi;
- c) cede in subappalto non più della percentuale indicata nella descrizione del rischio del valore di ogni singola opera od appalto;
- d) ha in corso le posizioni assicurate presso le sedi INAIL indicate nella descrizione del rischio.

Questo modello riporta gli estremi delle garanzie che vengono prestate in conformità alla normativa stampata sul modello contrattuale FA35101 ed. 01/06/2017 che, con la firma di accettazione del documento stesso, il Contraente riceve contestualmente, confermando di conoscere ed approvare.

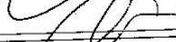


Il Contraente 

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 C.C., il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle "Condizioni assicurative", stampate sul mod. contrattuale FA35101 ed. 01/06/2017: Art. 8 - Obblighi in caso di sinistro; Art. 10 - Facoltà di recesso in caso di sinistro; Art. 11 - Proroga dell'assicurazione.

Il Contraente 

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dalla Società, preventivamente alla sottoscrizione del presente contratto di assicurazione, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa, comprensiva del glossario e le Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente 

Il Contraente, dopo aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 ed aver preso visione dei diritti attribuiti dall'art. 7 del Decreto Legislativo stesso, in relazione ai propri dati personali comuni e "sensibili" esprime il consenso:

Il Contraente 

- al trattamento ed alla comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettere a) e b) dell'informativa, al trasferimento verso i Paesi indicati al punto 6 dell'informativa, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.
- al trattamento ed alla comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettera c) dell'informativa, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) dell'informativa stessa.

Il Contraente 

Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Amisima Assicurazioni S.p.A. Fondata nel 1963 - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Amisima, iscritta con il n. 050 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Amisima Holdings S.r.l. - Sede legale e Direzione Generale: Viale Cortosa 222, 20156 Milano, Italia T +39 02 30761 F +39 02 3086125 - Capitale Sociale Euro 209.652.480,00 i.v. Registro delle Imprese di Milano CF e PI 01677750158 REA MI 624493 - Albo Imprese Ivass 1.00031 Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93) amisima@pec.amisima.it - www.amisimagrupo.it

POLIZZA DI ASSICURAZIONE PER I RISCHI INFORTUNI - linea persona n. 803454054

cod.ramo	cod.s.ramo	cod.prodotto	codice.agenzia	denominazione	sub.agenzia	convenzione	cod.cliente
90	40	37804	87	AGRIGENTO GENERALE	21		200589137 39

DATI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO

cognome e nome / denominazione sociale / ragione sociale	titolo / tipo società	cod.professione	codice fiscale / partita IVA
COMUNE DI CASTELTERMINI			01322790349

indirizzo (via, n. civico)	c.a.p.	località	provincia
PIAZZA DUOMO 3	92025	CASTELTERMINI	AG

DATI DELLA POLIZZA

effetto ore 24 del	scadenza ore 24 del	durata	frazionamento	scadenza prima rata	senza tacito rinnovo dal	indicizzazione
07/05/2018	07/05/2019	anni: 1 mesi: 00 giorni: 00	ANNUALE	07/05/2019	07/05/2019	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

sostituisce polizza n.	sostituisce polizza n.	sostituisce polizza n.	rs. quota	rischio comune	allegati	sconto poliennialità
			100%		1	

ELENCO DELLE PERSONE ASSICURATE

N.	COGNOME E NOME	SESSO	DATA DI NASCITA	COD. PROF.	CLASSE	PROF.	EX.	PR. EX.	DESCRIZIONE PROFESSIONE
1	COMUNE DI CASTELTERMINI		01/01/0001	998		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Generico Riservato Direzione
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SOMME ASSICURATE

ASSICURATO N.	MORTE	INVALIDITA' PERMANENTE	INABILITA' TEMPORANEA	RIMBORSO SPESE MEDICHE	INDENNITA' DA RICOVERO	ASSISTENZA	PREMIO IMPONIBILE ANNUO	di cui assistenza
1	30.000,00	30.000,00			20,00		749,27	
2								
3								
4								
5								

Le Garanzie Base sono operanti se indicati in polizza le somme assicurate e i relativi premi. Le Garanzie Aggiuntive e Condizioni Opzionali sono operanti se presenti all'interno degli allegati della presente polizza.

FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

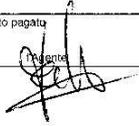
ASSICURATO N.	INVALIDITA' PERMANENTE	INABILITA' TEMPORANEA	RIMBORSO SPESE MEDICHE	INDENNITA' DA RICOVERO	H.I.V. / EPATITE
1	F2				
2					
3					
4					
5					

PREMIO COMPLESSIVO

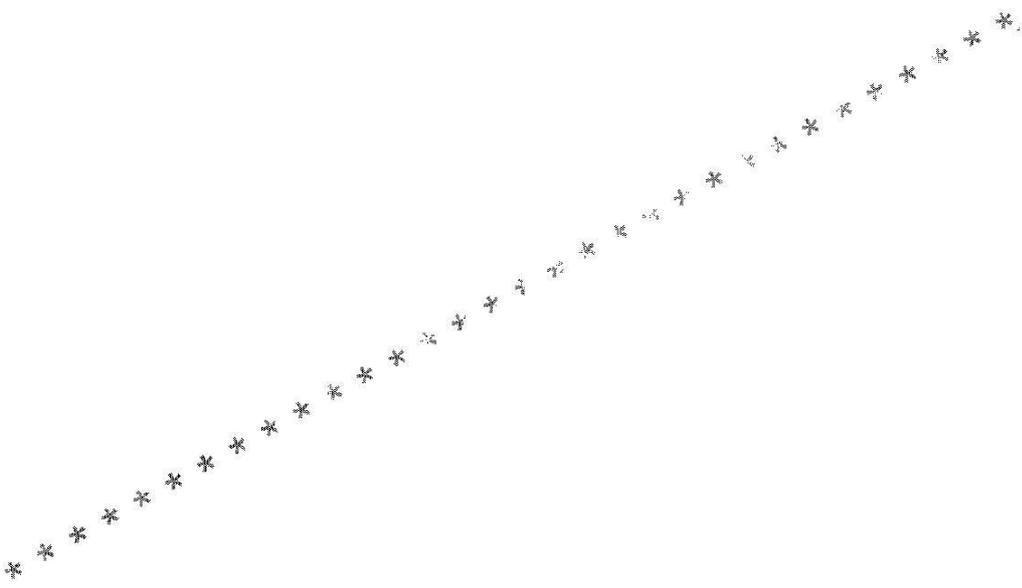
	netto	accessori	imposte	totale complessivo
alla firma	€ 624,39		124,88	768,00
rate successive	€ 624,39		124,88	768,00
annuo	€ 624,40		124,87	768,00

Il premio dovuto può essere pagato con assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità, oppure con bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico indicando come beneficiario l'intermediario in qualità di rappresentante della Società o la Società medesima; è ammesso il pagamento in contanti secondo le vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio.

L'importo complessivo della prima rata di premio, è stato pagato
 il 07/05/18 l.c. n° del



Emissa in AGRIGENTO il 07/05/2018



DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Al sensi e per gli effetti degli artt. 1392, 1393, 1394 e 1910 del Codice Civile, il Contraente dichiara che:

- a) le persone assicurate non sono affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o che ha conoscenza che la sopravvivenza in corso di contratto di dette affezioni, costituisce causa di cessazione dell'assicurazione;
- b) non sono affette da difetti fisici, nullitàzioni o malattie in atto;
- c) non hanno subito precedenti infortuni;
- d) non hanno in corso altre polizze infortuni con la presente o con altre società;
- e) non sono state loro annullate per sinistri polizze infortuni.

Ogni deroga, modifica od integrazione alle dichiarazioni che precedono, deve esplicitamente risultare in polizza.

Questo modello riporta gli estremi delle garanzie che vengono prestate in conformità alla normativa stampata sul modello contrattuale FA37804 ed. 16/10/2017 che, con la firma di accettazione del documento stesso, il Contraente riceve contestualmente, confermando di conoscere ed approvare.



[Handwritten signature]

Il Contraente

[Handwritten signature]

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 C.C., il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle "Condizioni assicurative", stampate sul mod. contrattuale FA37804 ed. 16/10/2017 : Art. 8 - Proroga dell'assicurazione; Art. 9 - Facoltà di recesso; Art. 18 - Limiti di età; Art. 28 - Controvalore - arbitrato irrituale.

Il Contraente

[Handwritten signature]

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dalla Società, preventivamente alla sottoscrizione del presente contratto di assicurazione, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa, comprensiva del glossario o le Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente

Il Contraente, dopo aver esaminato attentamente l'Informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 199/2003 ed aver preso visione dei diritti attribuiti dall'art. 7 del Decreto Legislativo stesso, in relazione ai propri dati personali comuni e "sensibili" esprime il consenso:

- al trattamento e alla comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettere a) e b) dell'Informativa, al trasferimento verso i Paesi indicati al punto 6 dell'Informativa, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'Informativa stessa.
- al trattamento ed alla comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettera c) dell'Informativa, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) dell'Informativa stessa.

Il Contraente

Il Contraente

Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Amissima Assicurazioni S.p.A. Fondata nel 1963 - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Amissima, iscritto con il n. 050 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Amissima Holdings S.r.l. - Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia T. +39 02 30761 F. +39 02 3086125 - Capitale Sociale Euro 209.652.480,00 i.v. Registro delle Imprese di Milano CF e PI 01677750158 REA MI 624493 - Albo Imprese Ivass 1.00031 Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93) amissima@pec.amissima.it - www.amissimagruppo.it

ALLEGATO n. 1 a polizza n. 803454054 Contraente COMUNE DI CASTELTERMINI **S1**

ASSICURATI

N.	COGNOME E NOME	CODICE PROFESSIONE	DESCRIZIONE PROFESSIONE
1	COMUNE DI CASTELTERMINI	996	Generico Riservato Direzione

CONDIZIONI SPECIALI sempre valide ed operanti

<p>A - Rischio Volo B - Franchigia assoluta per il caso di inabilità temporanea C - Franchigia assoluta per il caso di indennità da ricovero D - Commorienza genitori E - Spese di rimpatrio F - Rischio di guerra all'estero G - Morte presunta H - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofali I - Bricolage L - Danno estetico</p>	<p>M - Indennità per perdita dell'anno scolastico N - Esclusione conflitti a fuoco per le cause di servizio O - Ernie traumatiche P - Rotture tendinee sottocutanee Q - Rapina, tentata rapina, estorsione e tentato sequestro R - Malattie tropicali/malaria S - Contemporaneo ricovero di entrambi i coniugi T - Infortuni causati da calamità naturali U - Rischio in itinere V - Recovery hope</p>
---	---

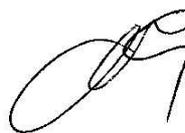
GARANZIE OPZIONALI operanti se espressamente richiamate e con indicazione del premio

	Franchigia	Limite indennizzo	Premi imponibili
<input type="checkbox"/> 1 Sovrarischio di locomozione
<input type="checkbox"/> 2 Sovrarischio sport
<input type="checkbox"/> 3 Infezioni virus HIV / Epatite B e C
<input type="checkbox"/> 4 Indennità post ricovero
<input type="checkbox"/> 5 Indennità per ingessatura
<input type="checkbox"/> 6 Supervalutazione arti superiori
<input type="checkbox"/> 7 Indennità aggiuntiva per estinzione del mutuo
<input type="checkbox"/> 8 Superamento barriere architettoniche abitative
<input type="checkbox"/> 9 Adeguamento autovettura
<input type="checkbox"/> 10 Raddoppio dell'indennizzo per gravi infortuni
<input type="checkbox"/> 11 Indennità aggiuntiva per gravi infortuni

LO SPAZIO VUOTO SOTTOLOSTANTO NON È UTILIZZABILE

amissima S.p.A.
 COMUNE DI CASTELTERMINI

IL CONTRAENTE





Amissima Assicurazioni S.p.A. Fondata nel 1963 - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Amissima, iscritto con il n. 050 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Amissima Holdings S.r.l. - Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia T +39 02 30761 F +39 02 3086125 - Capitale Sociale Euro 165.160.640,00 i.v. Registro delle Imprese di Milano CF e PI 01677750158 REA MI 624493 - Albo Imprese Ivass 1.00031 Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93) amissima@pec.amissima.it - www.amissimagruppo.it

ALLEGATO A POLIZZA 803454054 _____ AGE 0087

CON IL PRESENTE ALLEGATO CHE FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATTO SI SPECIFICA CHE SONO IN COPERTURA I SOGGETTI COME DA ELENCHI IN ALLEGATO.

FERMO ED INVARIATO IL RESTO _____

AMISSIMA ASSICURAZIONI SPA

IL CONTRAENTE

Determina di Coordinatore Uff. di Piano Distrettuale n. 01 del 04/01/2019

Oggetto: Liquidazione polizze assicurative RCT e Infortuni Azione 1-Assistenza economica per Servizio Civico Piano Zona 2013/2015 - CIG – Z2822B1B2D

ATTESTAZIONE
IL RAGIONIERE CAPO DEL COMUNE CAPOFILA

Parere di regolarità contabile ai sensi dell'art.151 comma 4 del D.Lgs. n.267/2000, recepito dall'art.551 del testo coordinato delle Leggi regionali, relativo all'ordinamento degli EE.LL.

Data 29/01/2019

Liq 16

Il Responsabile del Servizio Finanziario
f.to Teresa Spoto

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE
IL RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE ON LINE
CERTIFICA

Che la presente Deliberazione è stata pubblicata all'Albo on-line dal _____

al _____ per quindici giorni consecutivi.

dalla residenza comunale lì, _____

Il Responsabile della pubblicazione on-line
