



**COMUNE DI CASTELTERMINI**  
**Libero Consorzio comunale di Agrigento**  
**AREA – POSIZIONE ORGANIZZATIVA N.1**  
**Servizio 5 :Servizi Socio-Assistenziali**

**DETERMINAZIONE**

<b>N.209</b> del registro	<b>OGGETTO: Pagamento rette di ricovero disabili psichici alla Coop. Soc. "AURORA" DI SAN GIOVANNI GEMINI (AG) - (periodo gen-feb/2017 a saldo) .</b>
Data <b>02.11.2017</b>	

L'anno duemiladiciassette , il giorno due, del mese di novembre, nella sua stanza.

**LA RESPONSABILE DELL'AREA P.O. N.1**  
**Dott. Calogero Sardo**

**Visto** l'O.R.EE.LL. ;

**Vista** la L.R. n.10 del 30.04.1991;

**Visto** l'art.51, comma 3° L. 142/90 , così come recepito dalla L.R. 23/98;

**Visto** l'art.6 della L.127/97 e successive modifiche;

**Visto** l'art.21 dello Statuto Comunale;

**Vista** la Determinazione del Sindaco n.26 del 29/09/2017;

**Premesso** che risulta ricoverato presso la comunità alloggio per disabili psichici alla Coop. Soc. "AURORA" Di San Giovanni Gemini (AG), n.1 utente, qui residente;

**Viste** la L.R.22/86 e L. 328/2000;

**Dato atto** che con determinazione n.152 del 27.07.2017 è stato assunto l'impegno di spesa per rette di ricovero disabili psichici periodo gen-giu/2017;

**Che** la compartecipazione degli utenti è fissata ai sensi e per gli effetti del Decreto Assessoriale n.867/S7 del 15/04/2013,che gli stessi dovranno versare al comune;

**Che** l'utente in argomento, per l'anno 2017 e' stato ricoverato presso la struttura sopra citata nel periodo dal 01.01./2017 al 21.02.2017 ;

**Che** successivamente, per problemi di salute è stato trasferito in un'altra struttura;

**Vista** la fattura, emessa della Comunità alloggio dalla **Società Cooperativa "Aurora"** , relativa all' utente ricoverato, riguardante il **periodo dal 01.01./2017 al 21.02.2017**, di seguito elencata:

<b>Creditore certo</b>	N. Fattura	Periodo	Importo fattura	Tot.Imponibile	Tot.imposta iva(5%)
Coop. Soc. "AURORA" DI SAN GIOVANNI GEMINI (AG)	n.E49/17/1/217	dal 01.01.2017 al 21.02.2017	€ 4.470,15	€ 4.257,29	€ 212,86

**Visti** il DURC e la Dichiarazione relativa alla tracciabilità dei flussi finanziari;

**Vista** la Determinazione dell' AVCP n.4 del 07/07/2011 "Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ",in cui si precisa che le prestazioni socio-sanitarie erogate dai soggetti privati in regime di accreditamento, ai sensi della normativa nazionale e regionale in materia, non possono ritenersi soggette all'obbligo di tracciabilità e sono escluse quindi dall'obbligo di richiesta del codice GIG;

**Dato atto** che il servizio è stato reso e l'importo risulta congruo alle normative regionali vigenti;

**Ritenuto**, pertanto, di provvedere alla liquidazione della somma complessiva **di € 4.470,15;**

Per quanto sopra

### **DETERMINA**

**Di liquidare** la fattura di seguito elencata, relativa al periodo **dal 01.01./2017 al 21.02.2017**, ammontante ad **€ 4.470,15** alla Società Cooperativa "AURORA" di San Giovanni Gemini (AG), che accoglie un disabile psichico residente in questo Comune,;

<b>Creditore certo</b>	N. Fatture	Periodo	Importo fattura	Tot.Imponibile	Tot.imposta iva(5%)
alla Coop. Soc. "AURORA" DI SAN GIOVANNI GEMINI (AG)	n.E49/17/1/217	dal 01.01.2017 al 21.02.2017	€ 4.470,15	€ 4.257,29	€ 212,86

**Di accreditare** la suddetta somma così come specificato nell'attestazione di tracciabilità dei flussi finanziari;

**Di fare fronte alla spesa** con i fondi di cui alla propria determinazione n. 152 del 27.07.2017 , con la quale è stato assunto l'impegno;

**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'Esecutore Amm.vo  
Alecci Giuseppina

La Responsabile del Servizio  
f.to M.Ester Maltacesare

IL Responsabile dell'Area P.O. n. 1  
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.

## Durc On Line

Numero Protocollo	INPS_7875295	Data richiesta	11/09/2017	Scadenza validità	09/01/2018
-------------------	--------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	AURORA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
Codice fiscale	02607220841
Sede legale	C DA BUAGIMI 11/1P RAFFADALI AG 92015

Con il presente Documento si dichiara che il soggetto sopra identificato **RISULTA REGOLARE** nei confronti di

I.N.P.S. I.N.A.I.L.
------------------------

Il Documento ha validità di 120 giorni dalla data della richiesta e si riferisce alla risultanza, alla stessa data, dell'interrogazione degli archivi dell'INPS, dell'INAIL e della CNCE per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.

Determina n.209 del 02.11.2017 Area Posizione Organizzativa n.1

Servizio n.5 – Servizi Socio Assistenziali

Oggetto: Pagamento rette di ricovero disabili psichici alla Coop. Soc. "AURORA" DI SAN GIOVANNI GEMINI (AG) - (periodo gen- feb/2017 a saldo).

=====

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;  
*non si può procedere al pagamento per insospettabili cause.*

Casteltermini, 8-11-2017

L.4.323

  
La Responsabile del Servizio

=====

**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**

