



COMUNE DI PRAY
PROVINCIA DI BIELLA
VIA ROMA 21 - 13867 PRAY

DETERMINAZIONE

N. 261 DEL 12/10/2017

SERVIZIO: SOCIO ASSISTENZIALE

RESPONSABILE: VELATTA MIRELLA

OGGETTO: RIMBORSO TICKET PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E DI LABORATORIO A FAVORE DI CITTADINI INDIGENTI. GIUGNO/AGOSTO 2017.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

PREMESSO che:

- il Comune, in qualità di titolare delle funzioni amministrative ai sensi delle leggi nazionali e regionali disciplinanti l'assetto dei servizi sociali e socio-assistenziali, svolge compiti di organizzazione e di gestione di detto servizio;
- con deliberazione G.C. n. 3 in data 16/01/2017 veniva riconosciuta la condizione di indigenza a persone residenti in questo Comune ai fini dell'esenzione delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria per l'anno 2017;

RICHIAMATA la deliberazione G.C. n. 13/2016 ad oggetto "Approvazione criteri e modalità per esenzione persone indigenti alla spesa sanitaria";

PRESO ATTO della nota prot. n. 46224 in data 29/09/2017 dell'ASL VC – Vercelli con la quale è stato trasmesso l'estratto conto dei ticket indigenti su prestazioni ambulatoriali erogate dal P.O. di Borgosesia durante i mesi di giugno/agosto 2017;

VISTA la determinazione sindacale n. 3/2016 di attribuzione alla sottoscritta delle funzioni di cui al comma 3 dell'articolo 51 della Legge 08/06/1990, n. 142, (ora articolo 107 del D.Lgs. n. 267/2000), a seguito di incarico e definizione di posizione organizzativa;

VISTI:

- il bilancio di previsione triennale anno 2017/2019 e D.U.P approvati con deliberazione C.C. n. 08 in data 29/03/2017;
- il Regolamento di Contabilità, approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 29/97;
- Lo Statuto dell'Ente;
- Il Regolamento comunale sull'Ordinamento degli Uffici e dei Servizi,

DETERMINA

1) DI IMPEGNARE per l'anno 2017 per le prestazioni sanitarie a persone residenti in questo Comune a cui viene riconosciuta la condizione di indigenza la somma di € 500,00 da imputare sul bilancio 2017 come segue:

Anno	n. impegno	Missione	Programma	Titolo	Macroaggregato	Voce/cap/art.	Importo lordo	Di cui iva
2017	453	12	5	1	102	4690/2/1	500,00	===

2) DI LIQUIDARE, per i motivi indicati in premessa, l'importo di € 60,60 a titolo di rimborso dei ticket sanitari per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio in favore dei cittadini in condizione di indigenza di cui alla deliberazione n. 3/2017;

2) DI IMPUTARE la spesa di cui sopra in conto competenza del bilancio 2017, come segue:

Anno	n. impegno	Missione	Programma	Titolo	Macroaggregato	Voce/cap/art.	Importo lordo	Di cui iva
2017	453	12	5	1	102	4690/2/1	60,60	===

3) DI DARE ATTO che il pagamento dovrà essere effettuato alla Tesoreria dell'Azienda Sanitaria Locale n. 11 – Istituto Bancario Biverbanca S.p.A. Filiale di Vercelli c/c n. 50505105 – ABI 06090 – CAB 22308 – IBAN IT09H0609022308000050505105;

4) DI DARE ATTO che la presente transazione è fuori dall'applicazione di cui alla Legge 136/2010 e s.m.i.;

5) DI INOLTARE copia della presente al Servizio Finanziario.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
VELATTA Mirella

PARERI ALLEGATI ALLA DETERMINAZIONE N. 261 IN DATA 12/10/2017
DEL SERVIZIO SOCIO ASSISTENZIALE

(Regolamento sui controlli interni approvato con deliberazione C.C. n. 01 del 23/01/2013, in riferimento agli artt. 147 e seguenti del D.Lgs. 267/2000)

1. CONTROLLO PREVENTIVO DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVA

Il sottoscritto GARAVAGLIA Dott. Tiziano, in qualità di Responsabile del Servizio sostituto, esprime, sulla proposta del presente atto, parere favorevole di regolarità tecnica attestante la legittimità, la regolarità e la correttezza amministrativa.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto VELATTA Mirella, in qualità di Responsabile del Servizio Socio Assistenziale, esprime, sulla proposta del presente atto, parere favorevole di regolarità tecnica attestante la legittimità, la regolarità e la correttezza amministrativa.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto GARAVAGLIA Dott. Tiziano, in qualità di Responsabile del Servizio FINANZIARIO, esprime, sulla proposta del presente atto, parere favorevole di regolarità tecnica attestante la legittimità, la regolarità e la correttezza amministrativa.

Data _____ Firma _____

2. CONTROLLO PREVENTIVO DI REGOLARITA' CONTABILE

Il sottoscritto GARAVAGLIA Dott. Tiziano, in qualità di Responsabile del Servizio Finanziario, esprime, sulla proposta del presente atto, parere favorevole di regolarità contabile, attestandone la copertura finanziaria.

Data _____ Firma _____