

**PUBBLICAZIONE**

Si dichiara che la presente Determinazione è stata pubblicata nell'albo pretorio informatico dell'ASP di Ragusa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 3/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/6/09 e s.m.i., dal 19 MAG. 2019

IL SEGRETARIO

*[Signature]*  
Dott. Emanuele Marcellino Dieli

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ con nota prot. n. \_\_\_\_\_

**ESECUTIVITA' DETERMINAZIONE**

▪ Immediatamente esecutiva dal \_\_\_\_\_

Ragusa, \_\_\_\_\_

IL SEGRETARIO

**REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA**

▪ Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

▪ Modifica con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Ragusa, \_\_\_\_\_

IL SEGRETARIO



**REGIONE SICILIA**  
Assessorato Regionale Sanità

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**RAGUSA**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

N. 1089 del 14 MAG. 2019

**DIREZIONE: DISTRETTO SANITARIO DI MODICA**

**OGGETTO: Liquidazione di € 300,00 per rimborso spese fornitura dispositivi ai sensi del D.P.C.M.-LEA del 12/01/2017, art.17, comma 5. Anno 2019.**

L'ESTENSORE

*[Signature]*

**A.S.P. RAGUSA**  
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
U.O. ASSISTENZA  
INTEGRATIVA PROTESI

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA  
Dott.ssa Angelina Militello

*[Signature]*

Proposta di Provvedimento pervenuta alla Segreteria Deliberante il 09 MAG 2019

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria del presente provvedimento

Autorizzazione n. 185 del \_\_\_\_\_ 

C.E.	C.P.	F d.Vinc.	S.Pass.
------	------	-----------	---------

Denominazione \_\_\_\_\_

Autorizzazione come da prospetto allegato

IL FUNZIONARIO

*[Signature]*

**IL DIRETTORE U.O.C.**  
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO/PATRIMONIALE

*[Signature]*

Il 14 MAG. 2019, il Direttore della U.O.C. \_\_\_\_\_ in esecuzione della delega conferita dal Commissario con deliberazione n. 2395 del 27-12-18.

VISTO il D.lgs n. 502/92 e s.m.i.;

VISTA la L.R. n. 5/2009;

VISTO l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con Delibera n. 1774 del 3/5/2017 ed approvato con DD.AA. n. 1095/2017 e n.1058/2017;

PREMESSO che il D.P.C.M.-LEA del 12/01/2017, pubblicato sulla GURI, supplemento ordinario n.15 del 18/03/2017, all'art.17, comma 5, dispone che l'Azienda U.S.L. può autorizzare, al fine di soddisfare specifiche, apprezzabili necessità dell'assistito, in accordo con il medico prescrittore, la fornitura di dispositivi appartenenti a una delle tipologie descritte negli elenchi inclusi nel Nomenclatore di cui al medesimo D.P.C.M., ma con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione,

PRESO ATTO che all'Ufficio competente dell'U.O.Assistenza Integrativa-Protesica del Distretto Sanitario di Modica, un assistito residente nel territorio distrettuale, il cui nominativo è indicato nell'elenco che si allega al presente atto deliberativo e ne fa parte integrante, ha presentato istanza di rimborso spese per la fornitura di dispositivi appartenenti a una delle tipologie descritte negli elenchi inclusi nel Nomenclatore di cui al D.P.C.M. sopra citato, ma con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione;

ATTESO che la suddetta istanza, la cui regolarità è stata accertata dall'Ufficio competente, risulta debitamente firmata ed autorizzata dal Responsabile dell'Ufficio stesso per la liquidazione;

PRESO ATTO che la somma da liquidare ammonta ad **€ 300,00**;

PRESO ATTO che le pratiche sono relative **all'anno 2019**;

RITENUTO, pertanto, di dovere procedere alla liquidazione della somma di **€ 300,00** e che la spesa va imputata sul **conto di costo 50201140604**;

#### DETERMINA

- Imputare la spesa di **€ 300,00** sul **conto di costo 50201140604**;
- Liquidare la somma complessiva di **€ 300,00** quale rimborso spese per la fornitura di dispositivi sanitari appartenenti a una delle tipologie descritte negli elenchi inclusi nel Nomenclatore di cui al medesimo D.P.C.M., ma con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione, all'assistito indicato nell'elenco che si allega al presente atto deliberativo e ne fa parte integrante ;
- Il presente atto, unitamente alla documentazione probatoria di spesa, ai sensi della Circolare n.596/91 dell'Assessorato alla Sanità, viene trasmesso al Collegio Sindacale per il visto di competenza;
- Il Settore Economico-Finanziario provvederà al pagamento dopo il visto del Collegio Sindacale;
- La documentazione originale, vistata dal Collegio Sindacale, dovrà essere conservata dall'Ufficio competente per la durata prevista dalle vigenti norme di contabilità pubblica;
- Prendere atto che la somma di **€ 300,00** è relativa al **Distretto Sanitario di Modica** ( centro di costo **AT01120499**).