

**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 \_\_\_\_\_

IL SEGRETARIO  
\_\_\_\_\_

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

**ESECUTIVITA' DETERMINAZIONE**

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

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

IL SEGRETARIO  
\_\_\_\_\_

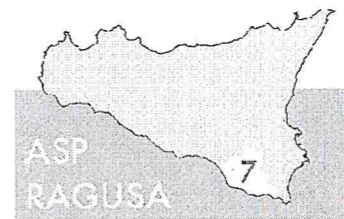
**REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA**

▪ 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. 710 del 06 NOV 2020

**DIREZIONE AMMINISTRATIVA OO.RR. MODICA/SCICLI - TERR.**

**OGGETTO: Liquidazione di € 65,00 per rimborso spese fornitura dispositivi ai sensi del D.P.C.M.-LEA del 12/01/2017, art.17, comma 5. Anno 2020.**

L'ESTENSORE

*[Handwritten signature]*

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Direttore del Distretto  
IL DIRETTORE  
DEL DISTRETTO SANITARIO DI MODICA  
*[Handwritten signature]*  
Dott. Claudio Caruso

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

O.O.R. Modica/Scicli-Terr.  
Ing. Lorenzo Aprile  
*[Handwritten signature]*  
ING. LORENZO APRILE

Proposta di Provvedimento pervenuta alla Segreteria Deliberante il 05 NOV 2020

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria del presente provvedimento

Autorizzazione n. 1341 del \_\_\_\_\_ C.E. / C.P. / F d.Vinc. / S.Pass.

Denominazione 502044060h "CEGHO"

Autorizzazione come da prospetto allegato

IL FUNZIONARIO  
*[Handwritten signature]*

IL DIRETTORE U.O.C.  
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO/PATRIMONIALE  
*[Handwritten signature]*

Il 06 NOV 2020, il Direttore della U.O.C. Direzione Amministrativa OO.RR. di Modica/Scicli-Terr. in esecuzione della delega conferita dal Direttore Generale con deliberazione n. 2017 del 02/08/2019, adotta l'elenco/elenchi di liquidazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ allegato/allegati al presente atto.

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. 3076 del 12.12.2019 ed approvato con D.A. n. 159/2020 del 03 Marzo 2020;

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 **€ 65,00**;

PRESO ATTO che le pratiche sono relative **all'anno 2020**;

RITENUTO, pertanto, di dovere procedere alla liquidazione della somma di **€ 65,00** e che la spesa va imputata sul **conto di costo 50201140604**;

#### DETERMINA

- Imputare la spesa di **€ 65,00** sul **conto di costo 50201140604**;
- Liquidare la somma complessiva di **€ 65,00** 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 **€ 65,00** è relativa al **Distretto Sanitario di Modica** ( centro di costo **AT01120499**).