



# Comune di Scillato

## PROVINCIA DI PALERMO

CAP.90020

TEL.0921.663025 FAX.0921.663196

### AREA AMMINISTRATIVA

## ORIGINALE

REGISTRO GENERALE DELLE DETERMINAZIONI N. 308 DEL 28.12.2015

**OGGETTO:** IMPEGNO SPESA RIMBORSO SPESE VIAGGI PORTATORI  
DI HANDICAP.

|                                    |
|------------------------------------|
| Area Amministrativa                |
| Determina n. 177<br>del 28.12.2015 |

Il Responsabile del Servizio  
*Dr.ssa Quagliana Agnese*

Premesso che:

Con deliberazione di CC n 5 del 30.01.1994, successivamente modificata con la deliberazione n. 39 del 06.08.1994, è stato istituito il servizio a favore dei portatori di handicap ed è stato, contestualmente, approvato il relativo regolamento;

Che tale strumento persegue, fra l'altro, l' obiettivo di garantire la permanenza del portatore di handicap nel nucleo familiare e nella Comunità di appartenenza”;

Vista la deliberazione di CC n. 9 del 08.05.2013, con la quale è stato integrato il predetto regolamento nel senso che è stato previsto il rimborso delle spese di viaggio per quei soggetti che utilizzano i mezzi pubblici di linea o in caso di impossibilità, il mezzo proprio per raggiungere i centri di riabilitazione;

Che i soggetti destinatari dell'intervento sono i portatori di handicap grave ai sensi della legge 104/92 art 3 comma 3 che effettuano cure riabilitative presso centri specializzati,

Che l'intervento economico consiste nel rimborso del biglietto di andata e ritorno con mezzi pubblici di linea o nel caso di mezzo proprio nel rimborso di 1/5 del costo della benzina e fino a un massimo di 15,00 giornalieri;

Che i soggetti in possesso dei requisiti contenuti nel bando pubblicato in data 31.07.2013 possono avanzare istanza di rimborso, in qualsiasi momento dell'anno e che il beneficio sarà concesso dopo la verifica della documentazione presentata dall'istante ai sensi dell'art. 5 del regolamento;

Vista l' istanza di rimborso acquisita agli atti del Comune al prot. n. 5170 del 28.12.2015 da parte della Sig.ra LRR in favore della minore D.A.M che effettua cure riabilitative presso il Dipartimento Dipartimenti Strutturale di medicina riabilitativa con sede in Lascari per il seguente periodo: dal mese di Luglio e sino al 11.12.2015 per un totale di 31 sedute;

Che con determina n. 229 del 18.09.2015 è stata liquidata, all'utente che ha avanzato istanza di rimborso per il trasporto di soggetti portatori di handicap presso centri di riabilitazione, la somma di € 495,00 per il primo semestre 2015;

Alla luce di quanto sopra si appalesa la necessità di provvedere all'impegno di spesa, per il periodo che qui di seguito si indica: dal mese di Luglio al mese di Dicembre 2015, per un ammontare complessivo di € 465,00;

**Visti:**

- la determina sindacale n. 16/15 di nomina dei responsabili dei servizi di individuazione dei responsabili delle posizioni organizzative;
- l'art.183 del D.L.vo n.267/2000;
- l'art.16 del Regolamento di contabilità;
- la legge n.127/97 e n.191/98 nonchè la L.R. n.23 di recepimento e il D.L.vo n.29/93 e successive modifiche che disciplinano gli adempimenti di competenza dei responsabili di servizio

**D E T E R M I N A**

Assumere impegno di spesa di complessivi Euro 465,00 per il rimborso delle spese di viaggio sostenute per il trasporto di soggetti portatori di handicap presso centri di riabilitazione;

La superiore somma trova imputazione al cap.760 del Bilancio 2015 intervento “Assistenza persone bisognose e portatori di handicap” il cui stanziamento di Euro 1000,00 offre una disponibilità di € 505,00;

Dare atto che la liquidazione delle somme sarà effettuata sulla scorta dei criteri di cui al citato regolamento comunale;

**Dare atto che la presente determinazione:**

- sarà esecutiva dal momento dell'apposizione del visto di contabilità attestante la copertura finanziaria;
- sarà pubblicata all'Albo Pretorio di questo Comune per 15 giorni consecutivi.
- va inserita nel fascicolo delle determinazioni tenuto presso l'ufficio di segreteria.
- va trasmessa per il tramite del Segretario Comunale, al Sig.Sindaco.

Trasmessa al servizio di ragioneria il:

## SERVIZIO DI RAGIONERIA E CONTABILITA'

Visto di regolarità contabile che attesta la copertura finanziaria , ai sensi dell'art.55 comma 5, della legge 142\90, come modificata dalla legge 127\97 art.6 comma 11, recepita dalla L.R.n.23\98.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO

Scillato, lì\_\_\_\_\_

Rag. Di Stefano Santo

## CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto Segretario Capo del Comune, certifica su conforme attestazione dell'Addetto, che la presente determinazione:

E' stata pubblicata all'Albo Pretorio il\_\_\_\_\_ e vi rimarrà per 15 gg. Consecutivi.

E' rimasta affissa all'Albo Pretorio per 15 gg. Consecutivi

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_

L'ADDETTO

IL SEGRETARIO COMUNALE CAPO