

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ATS - AREA SOCIO SANITARIA LOCALE DI CAGLIARI**

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° 434 DEL 22/01/2018

Proposta n. PDTD-2017- 5575 del 19/12/2017

STRUTTURA PROPONENTE: DISTRETTO 3 QUARTU PARTEOLLA
Dott.ssa Marisa Putzu

OGGETTO: Contributo per cure ortodontiche per gravi malformazioni maxillo facciali

Con la presente sottoscrizione i soggetti coinvolti nell'attività istruttoria, ciascuno per le attività e le responsabilità di competenza dichiarano che la stessa è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico

Ruolo	Soggetto	Firma Digitale
L'estensore	Sig.ra Giuseppina Littera	
Il Responsabile del Procedimento	Dott.ssa Marisa Putzu	F.to in calce

La presente Determinazione prevede un impegno di spesa a carico della Azienda per la Tutela della Salute

SI

NO

La presente Determinazione è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L.R. 10/2006 e ss.mm.ii.

SI

NO

IL RESPONSABILE F.F. DEL DISTRETTO 3 QUARTU PARTEOLLA

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n° 1478 del 21/12/2015 di nomina della Dott.ssa Marisa Putzu quale Responsabile f.f. della Struttura complessa "Distretto 3 Quartu Parteolla"

VISTO il provvedimento del Direttore Generale n° 232 del 9/2/2009 e n° 417 del 26/4/2010 di attribuzione delle funzioni dirigenziali;

DATO ATTO che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

RICHIAMATO il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i. di *(Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*, (G.U. n.80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;

VISTA la L.R. N° 34 dell'1/8/96 e il D.A.I.S. N° 26 del 28/1/97, che introducono la possibilità di erogare apparecchi ortodontici per gravi malformazioni maxillo facciali.

VISTO l'art. 1 della L.R. N° 25 del 12/8/1998 con la quale viene riconosciuto anche l'erogazione delle prestazioni medico strumentali specialistiche connesse;

VISTA la circolare dell'A.R.I.S. nota n° 23852 DEL 24/6/1999 con la quale vengono stabilite le somme da rimborsare;

ATTESO che è pervenuta al Distretto la richiesta, presentata dalla Sig.ra C.M. per il minore V.M (i cui dati completi sono agli atti del Distretto) atta ad ottenere il contributo per le cure suddette, di cui è stata verificata la regolarità e autorizzata la fruizione:

CONSIDERATO che, per gli assistiti minorenni che hanno fruito delle prestazioni di ortodonzia il pagamento verrà effettuato per quietanza ai genitori del medesimo;

PRESO ATTO della regolarità della fattura presentata dalla Sig. C.M.

RITENUTO di conseguenza di rimborsare alla Sig.ra C.M. un importo complessivo di €. 245,32 come previsto dalla normativa succitata

Per i motivi esposti in premessa

DETERMINA

1) DI AUTORIZZARE il rimborso della somma di €.245,32 alla Sig.ra C.M. quale rimborso per le cure ortodontiche effettuate al minore V.M. nel 2016;

2) DI STABILIRE che l'onere derivante dal presente provvedimento quantificato in €.245,32, verrà registrato sul bilancio dell'esercizio 2016 e verrà finanziato come di seguito rappresentato:

UFFICIO AUTORIZZATIVO	MACRO AUTORIZZAZIONE	CONTO	CENTRO DI COSTO (se noto)	IMPORTO IVA INCLUSA
BS31 U.O.C. Cure Primarie	1 -0	A802020101 Sopravvenienze passive per acquisti di beni e servizi	(codice) (descrizione)	€ 245,32

4) DI TRASMETTERE copia del presente atto al Servizio Affari Generali per la pubblicazione all'Albo Pretorio on-line dell'ASSL di Cagliari.

**IL RESPONSABILE F.F. DEL
DISTRETTO QUARTU PARTEOLLA**

Dott.ssa Marisa Putzu

ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

1) nota prot. n. _____ del __/__/____ del Direttore/Responsabile della SS/SC_____.

2) _____.

ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

1) nota prot. n. _____ del __/__/____ del Direttore/Responsabile della SS/SC_____.

2) _____.

Si attesta che la presente determinazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line dell'ASSL di Cagliari dal 22/01/2018 al 06/02/2018

Delegato: _____

Il Direttore del Servizio Affari Generali: Dott.ssa Marisa Udella _____