

**DISTRETTO DI ORISTANO****DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI ORISTANO****N° 442 DEL 27/10/2010**

*Adottata ai sensi dell'Art. 4 del D. Lgs n° 165 del 30/03/2001 e successive modificazioni ed integrazioni e del regolamento aziendale per l'adozione delle determinazioni dirigenziali di cui alla Deliberazione D.G. n°186 del 9.10.2008.*

**OGGETTO:** Liquidazione contributi spese di viaggio, a favore dell'assistita Codice Regionale n° 2558768 per prestazioni fruite fuori dal territorio regionale, L.R. N°39 del 24/12/91.

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI ORISTANO**

**VISTO** l'atto deliberativo del D.G. n°186 del 09/10/2008 con il quale vengono attribuite ai Dirigenti dell'ASL n°5 di Oristano le funzioni previste dall'art.4 del D.lgs n° 165/2001 e s.m.i

**VISTO** l'atto deliberativo del Commissario n° 685 del 14/07/2010 con il quale è stata nominato il Dr Antonio Delabona Direttore del Distretto di Oristano;

**VISTA** la Legge Regionale del N°39 del 24/12/91. in materia di assistenza sanitaria nel territorio nazionale ed all'estero e le successive modificazione ed integrazioni;

**VISTA** l'autorizzazione emessa da questa Azienda USL n°5 con Prot. n° 71257 del **22/10/2010** a favore dell'assistita Codice Regionale n° 2558768, come analiticamente descritto nell'allegato "A" che si unisce alla presente per farne parte integrante e sostanziale;

**VERIFICATO** che l'assistito risulta inserito presso la Comunita' Terapeutica Lahven Località San Faustino Morrano (Terni) come certificazione sanitaria allegata alla presente per farne parte integrante e sostanziale;

**VERIFICATO** che la Comunita' Terapeutica Lahven Località San Faustino Morrano (Terni) ha richiesto la partecipazione dei familiari dell'assistito ad un Colloquio di terapia familiari in data 22/08/2010 - come da programma terapeutico, e che, in conformità a quanto autorizzato, l'importo da rimborsare è di **€ 482,40**

**ATTESTATA** la regolarità della documentazione che si allega in originale;

**D E T E R M I N A****Per le motivazioni esposte in premessa :**

**di liquidare** la somma di **€ 482,40** sul codice di conto economico n° 451007003 Anno 2010 a favore del beneficiario specificato nell'allegato "A"

Centro di costo 5AA20209A rimborsi spese di viaggio e soggiorno per Assistenza Specialistica Extra/Regione;

**Di autorizzare** il Servizio Bilancio all'emissione del mandato di pagamento a seguito di rimborso spese prestazioni sanitarie Extra/Regione L.R.39/91

**Di trasmettere** copia della presente Determinazione alla Direzione Generale. Al Collegio Sindacale, al Servizio Affari Generali e al Servizio Bilancio per quanto di rispettiva competenza;

**Oristano**

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI  
ORISTANO**

*Dr. Antonio Delabona*

Il sottoscritto Responsabile del Servizio Generali Legali certifica che la presente determinazione verrà pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Azienda dal 02/11/2010 al 11/11/2010

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI  
GENERALI  
**Dr.ssa Antonina Daga**