



Prot. _____/2024

**DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'AREA
AMMINISTRATIVO FINANZIARIA**

N.105 DEL 13/06/24

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO F.F.
(Segretario Comunale)

Oggetto: assistenza sanitaria medico

***RICHIAMATA** la deliberazione del Consiglio Comunale n°01 del 01.02.2024 di approvazione del bilancio pluriennale di previsione 2024-2026 ultimo approvato;*

VISTO il vigente Statuto Comunale;

VISTA la L.R. 23 luglio 2010, n. 22 e s.m.i.;

VISTA la L.R. 19 agosto 1998, n. 46 e s.m.i.;

VISTO il D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;

VISTO il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118;

VISTO il D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 con le s.m.i.;

VISTO il D.L. 16 luglio 2020, n. 76 convertito in L. 11 settembre 2020, n. 120 con le s.m.i.;

VISTA la L.R. 7 dicembre 1998, n. 54;

VISTA la G.C. n. _____ del 12/06/2024

DATO ATTO che esistono spese che devono essere necessariamente effettuate perché collegate allo svolgimento dei compiti istituzionali e spese che, non rientrando in questa categoria, sono da considerarsi meramente discrezionali;

VISTI i documenti di programmazione economico-finanziaria del Comune;

ACQUISITI i pareri di regolarità tecnica e contabile, l'attestazione di copertura finanziaria ed il parere di legittimità confermati con la sottoscrizione del presente atto;

DETERMINA

DI PROCEDERE al perfezionamento dell'impegno di spesa ed all'affidamento del servizio a favore dell'individuato beneficiario come da scheda allegata.

Il segretario comunale f.f.
dr. Roberto Artaz



La presente determinazione, esecutiva fin dal suo primo giorno di pubblicazione, viene pubblicata all'Albo Pretorio on-line del Comune per quindici giorni consecutivi con decorrenza dal 12/06/24.

COMUNE DI ANTEY-SAINT-ANDRE

Scheda di intervento

Istruttoria curata dall'Ufficio: TURISMO

Richiedente: ARIANNA ENGASZ

DESCRIZIONE: MEDICO ASSISTENZA SANITARIA

TIPOLOGIA OFFERTA

Richiesta offerta prot. n. _____

Preventivo |X| consip/mepa |_| CUC vda |_| altro specificare _____ Prot. N. 3995/24

Codice CIG: non necessario | |

Codice CUP: | | | | | | | | | | | | | | | non necessario | |

DITTA FORNITRICE/BENEFICIARIO: ZANARDI FABIO

DURC PREVENTIVO ☐ Regolare ☐ Non regolare eventuali note: _____

TRACCIABILITA' ☐ Presente ☐ da pervenire

Requisiti fornitore (ANAC) ☐ Regolari ☐ non regolari specificare: _____

Eventuali note integrative:

Elementi finanziari e di cassa: 10102/83

IMPORTO €	M	P	T	Mac	Piano Conti	BENEFICIARIO	IMP
470.00	07	01	1	103	U.1.03.02.02.005	FABIO ZANARDI	227

Eventuale (ma sconsigliato) storno

IMPORTO	M	P	T	Mac	Piano Conti
€					
	__ __	__ __	__	__ __ __	U. __. __. __. __. __

[X]	compatibile con pagamenti art. 151C. 8 DLGS 267/2000	[]	(vincolo fondi)
-----	--	-----	-----------------