

**determinazione del responsabile del servizio n. 639 del 24.11.2015**

**Oggetto:** LIQUIDAZIONE FATTURA A FAVORE DELLA COOP. SOCIALE "CASA FAMIGLIA" PER UN INSERIMENTO SEMI-RESIDENZIALE PER I MESI DI maggio-giugno-luglio-agosto-settembre 2015

CIG: CIG ZCE14B3D70  
CIG Z03159B9C3  
CIG ZCC1653A5C

**Il responsabile del servizio**

sulla base degli atti preliminari, delle motivazioni, dei riferimenti normativi e contabili esposti di seguito, adotta la determinazione con il seguente contenuto:

**Contenuto dell'atto**

Liquidazione compensi per le prestazioni di assistenza nel periodo i mesi di maggio-giugno-luglio-agosto-settembre 2015

ditta	Cod.fisc. o P.Iva	Modalità di pagamento
Cooperativa Sociale Casa Famiglia	C.F. 90008410954	IBAN: IT83K0101585581000000020261

n. fattura	data	imponibile	IVA	Totale
N22	17/11/2015	576,92	4% 23.08	600.00
n. 23	17/11/2015	576,92	4% 23.08	600.00
n. 24	17/11/2015	288.46	4% 11.54	300.00

**Richiamo degli atti preliminari del procedimento**

incarico alla cooperativa sociale Casa Famiglia di Ghilarza per un inserimento per il periodo maggio-giugno 2015. Accertamento dell'entrata e contestuale impegno di spesa	N. 298	DEL	25.05.2015
incarico alla cooperativa sociale Casa Famiglia di Ghilarza per un inserimento per il periodo luglio-agosto 2015. Accertamento dell'entrata e contestuale impegno di spesa	n. 410	del	31.07.2015
incarico alla cooperativa sociale Casa Famiglia di Ghilarza per un inserimento per il periodo settembre 2015. Accertamento dell'entrata e contestuale impegno di spesa	n. 520	del	30.09.2015

**Esposizione delle motivazioni**

Accertata regolarità nell'esecuzione del servizio

**Riferimenti normativi**

**Riferimenti contabili e imputazione della spesa**

Importo	capitolo	intervento	Bilancio.
€ 1.500,00	1889.07	1.10.04.03	2015

Il responsabile del servizio

**Servizio Finanziario**

Ai sensi dell'art. 151, 4° comma, del D. Lgs.267/2000, si appone il visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria	Il responsabile del procedimento	Il responsabile del servizio	note
---	----------------------------------	------------------------------	------

In data \_\_\_\_\_ la presente determinazione viene consegnata all'Ufficio del servizio finanziario per il visto di regolarità contabile

**Il Responsabile del Settore SOCIALE**