

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

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° 3446 DEL 29/11/2017

Il Dirigente dell'Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione

Proposta n. 4166 del 24/11/2017

STRUTTURA PROPONENTE: AFFARI GENERALI, LEGALI, COMUNICAZIONE
Dott.ssa Cinzia Piras

OGGETTO: LIQUIDAZIONE FRANCHIGIA

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	Dott.ssa Maria Ambrosio	
Il Responsabile del Procedimento	Dott.ssa Cinzia Piras	

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 Dirigente dell'Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione

PREMESSO che a seguito della relativa richiesta risarcitoria, la Società Reale Mutua Assicurazioni – che garantiva questa Azienda contro il rischio di responsabilità civile verso terzi giusta polizza n. 2013/03/20175673 - ha assunto la gestione del sinistro n. 2016/47993/00 del 02.02.2016, definita la quale, è risultato necessario, come da perizia agli atti, liquidare a titolo risarcitorio la somma di €. 5.500,00.

CONSIDERATO che nel contratto assicurativo è prevista una franchigia frontale di euro 10.000,00 per ogni sinistro afferente ad un comportamento colposo posto in essere dopo il 31.12.2007.

PRESO ATTO della nota acquisita al protocollo in data 06.11.2017 con il n. 381151, con la quale la Società Reale Mutua Assicurazioni ha chiesto il rimborso della franchigia spettante a questa Azienda.

RITENUTO di dover rimborsare la franchigia anticipata dalla Società Reale Mutua Assicurazioni relativamente al sinistro n. 2016/47993/00 del 02.02.2016, regolarmente definito dalla compagnia, in conformità al contratto assicurativo.

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.

VISTI:

la Deliberazione del Direttore Generale n°137 del 29/12/2016 di nomina del Direttore dell'Area Socio Sanitaria di Olbia Dottor Pier Paolo Pani;

il provvedimento n° 11 del 18/01/2017 di attribuzione delle funzioni dirigenziali;

la L.R. n. 28/2006;

la L.R. n. 10/1997 e s.m.i.

il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

Per i motivi esposti in premessa

DETERMINA

DI RIMBORSARE alla Società Reale Mutua Assicurazioni la franchigia di euro 5.500,00 relativa al sinistro n. 2016/47993/00 del 02.02.2016, regolarmente definito in conformità al contratto assicurativo;

DI VERSARE l'importo dovuto utilizzando le seguenti coordinate bancarie: IBAN IT 93 T 03138 01000 000010396505 – Causale: sin. n. 2016/47993/00 ass. Assl di Olbia;

DI STABILIRE che l'onere derivante dal presente provvedimento quantificato in €.5.500,00 IVA inclusa, verrà registrato sul bilancio dell'esercizio 2017 e verrà finanziato come di seguito rappresentato:

UFFICIO AUTORIZZATIVO	MACRO AUTORIZZAZIONE	NUMERO CONTO	DESCRIZIONE CONTO	IMPORTO IVA INCLUSA
UA2_AAGG	5	A202030108	Fondo rischi copertura diretta dei rischi	€. 5.500,00

DI TRASMETTERE copia del presente atto, al Servizio Contabilità e Bilancio e PCC per gli adempimenti di competenza e al Servizio Affari Generali per la pubblicazione all'Albo Pretorio on-line dell'ASSL di Olbia

**IL DIRIGENTE DELL'AREA AFFARI GENERALI,
LEGALI E COMUNICAZIONE
Dott. sa Cinzia Piras**

M.A.

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 Olbia dal 29/11/2017 al 14/12/2017

Il Direttore del Servizio Affari Generali e Legali

Dott. / Dott.ssa _____