

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N.1520 DEL 23/12/2016

**DISTRETTO SANITARIO TEMPIO
CANNAS LUIGI**

(firma digitale apposta)

OGGETTO: Rimborso spesa per apparecchio ortodontico
fornito al paziente C.M. di Badesi (OT)

La presente Determinazione
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000

Si attesta che la presente determinazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 23/12/2016	Al 07/01/2017
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO DEL DISTRETTO DI TEMPIO PAUSANIA

- Preso atto** che al paziente C.M. residente a Badesi (OT), affetto da grave malformazione maxillo facciale dalla nascita e sottoposto a intervento chirurgico correttivo in data 16/07/1999, è stato prescritto un apparecchio ortodontico per facilitare la normale funzionalità mascellare e dentaria come parte integrante di un ciclo di cure ortodontiche pluriennale;
- Vista** la nota A.R.I.S. n. 32999 del 15/07/2014 con la quale vengono precisate le procedure da seguire per ciascuna Azienda per tali cure, da intendersi come importo complessivo massimo erogabile per anno, a ciascun assistito;
- Accertato** che tale prestazione integrativa straordinaria è stata regolarmente autorizzata dal Centro di Riferimento regionale per le malattie rare Clinica Pediatrica 2° ASL n. 8 Cagliari;
- Visto** il preventivo di spesa n° 20161007 del 07/10/2016 richiesto allo studio ortodontico della Dr.ssa Serra Silveria, specialista in ortognatodonzia relativo alla prestazione di cui sopra;
- Vista** la fattura quietanzata n. 580/16 del 05/12/2016 rilasciata dallo studio ortodontico della Dr.ssa Serra Silveria di Sassari, per un importo totale di € 2000,00 intestata al paziente C.M. di Badesi (OT);
- Vista** la domanda di rimborso della spesa in oggetto, presentata dal genitore del paziente suddetto (sig.ra Meli Pasqua Maria), con prot. PG/2016/48844 del 07/12/2016;
- Ritenuto** di dover provvedere al rimborso della spesa sostenuta dal genitore del paziente su indicato per un importo totale di € 2000.00;
- Vista** la deliberazione n. 3013/2013 "Deleghe ed Atti dei Dirigenti aziendali" con la quale sono stati stabiliti gli atti delegabili ed adottabili dai Dirigenti delle diverse strutture dell'ente.
- la Legge 28 dicembre 1978 n° 833;
- il D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- il Decreto A.I.S. del 28 gennaio 1997 n°26/III Serv.
- la Legge Regionale 28 luglio 2006 n° 10;

DETERMINA

- autorizzare il rimborso della spesa, per la fornitura di un apparecchio ortodontico sostenuta dalla sig.ra Meli Maria Pasqua, madre del paziente C.M. ,per un importo totale di € 2000.00;
- di imputare la spesa totale di € 2000,00 secondo la tabella di seguito specificata:

ANNO	UFF. AUTORIZZ.	N° CONTO	MACRO-SUB	IMPORTO (IVA INCL.)
2016	UA2_DISTRTEMP	A505010211	1 - 40	€ 2000.00

- di trasmettere copia del presente atto al Servizio Contabilità e Bilancio per i provvedimenti di competenza;

**IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
DEL DISTRETTO DI TEMPIO
Dott. Luigi Cannas**

Distretto di Tempio
Istruttore: fd.

07100 SASSARI - Via Giuseppe Biasi, 5 - Tel. 079293033 Fax. 0793760163

C.F. : SRRSVR63H60I452V

P.IVA : 01379590902

CONCONI
 MATTEO
 VIA CARLO FELICE 8
 07030 BADESI - SS - IT

Tipo Documento	Numero Documento	Data	Cod. Fiscale	Valuta	Pagina
Parcella	580/16	05/12/2016	CNCMTT98S20L093K	€	1
Descrizione	Medico	Dente	Importo	Totale	
APPARECCHIO ORTODONTICO	01		2.000,00	2.000,00	
Totale				2,00	
Bollo su Originale				2.002,00	
Totale Parcella					
Pagamento: Cassa					
Questo documento dettagliato e' stato esplicitamente richiesto da CONCONI MATTEO e compilato nel rispetto del decreto legislativo del 30 giugno 2003, N. 196/2003					



STUDIO ORTODONTICO
Dott.ssa SILVERIA SERRA
 ODONTOIATRA
 SPECIALISTA IN ORTOGNATODONZIA
 Via G. Biasi, 5 - SASSARI - Tel. 0791 293033
 Dom. Fisc.: Via P.ssa Jofande, 85 - SASSARI
 G. F. SRR SVR 63H60 1489V P. I. 01379590902

Operazione esente IVA art. 10 comma 1, del D.P.R. N. 633 del 26-10-1972 e successive modificazioni ed integrazioni e soggetto a bollo di 2,00€ se l'importo supera i 77,47€.

Per Quietanza

Firma per ricevuta