

# COMUNE DI SANTA GIUSTA

Provincia di Oristano

Ufficio Finanziario

DETERMINA REG. GEN. 280 DEL 23/04/2024 REG. SERVIZIO 49

Data esecutività

**OGGETTO:** Contributo economico per spese sanitarie - art. 23 - Titolo III del Regolamento Comunale dei Servizi Sociali. Impegno di spesa e liquidazione mese di MARZO 2024.

## ATTO DI IMPEGNO

### VISTO DI REGOLARITÀ CONTABILE

Il Responsabile del Servizio finanziario in ordine alla regolarità contabile del presente provvedimento, ai sensi dell'articolo 147-bis, comma 1, del d.Lgs. n. 267/2000 e del relativo Regolamento comunale sui controlli interni, comportando lo stesso riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico-finanziaria o sul patrimonio dell'ente, osservato: .....

rilascia:

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NON FAVOREVOLE, per le motivazioni sopra esposte;

### ATTESTAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA DELLA SPESA

Si attesta, ai sensi dell'art. 153, comma 5, del D.Lgs. n. 267/2000, la copertura finanziaria della spesa in relazione alle disponibilità effettive esistenti negli stanziamenti di spesa e/o in relazione allo stato di realizzazione degli accertamenti di entrata vincolata, mediante l'assunzione dei seguenti impegni contabili, regolarmente registrati ai sensi dell'art. 191, comma 1, del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267:

Settore	Soggetto	C / R	Anno	Imp / Sub	Interv.	Voce	Cap.	Art.	Stanz. / Residuo	PCI	Importo €
<b>SOCIALE</b>	<b>P.N.</b>	<b>C</b>	<b>2024</b>	<b>20244912024 / 1</b>	<b>IMPEGNO</b>	<b>0</b>	<b>11040502</b>	<b>1</b>		<b>1040205999</b>	<b>69,70</b>

<b>SOCIALE</b>	<b>D.M.G.</b>	<b>C</b>	<b>2024</b>	<b>20244922024 / 1</b>	<b>IMPEGNO</b>	<b>0</b>	<b>11040502</b>	<b>1</b>	<b>1040205999</b>	<b>90,00</b>
----------------	---------------	----------	-------------	------------------------	----------------	----------	-----------------	----------	-------------------	--------------

Con l'attestazione della copertura finanziaria di cui sopra il presente provvedimento è esecutivo, ai sensi dell'art. 151, comma 4, del d.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267.

Accertamenti

Settore	Anno	Num.	Codice	Risorsa	Cap.	Art.	Piano Fin.	Importo €

**Il Responsabile del Servizio Finanziario  
Firmato digitalmente  
Dr.ssa Silvia Spiga**