



**COMUNE DI SCICLI**  
**(Provincia di Ragusa)**  
**REGISTRO DELLE DETERMINAZIONI**  
**FARMACIA COMUNALE**

N° 12

DEL 03/05/10

**OGGETTO: Liquidazione compenso per incarico temporaneo al Dott. re Corallo Gianni dal 2 al 8 Aprile.**

**IL DIRETTORE DELLA FARMACIA COMUNALE**

**Vista** la propria determina n. 8 del 30 Marzo 2010, con la quale è stato incaricato il Dott. re Corallo Gianni, alla sostituzione della scrivente, al fine di assicurare l'apertura della Farmacia Comunale, durante il periodo di servizio notturno dal 2 al 8 Aprile 2010 e durante il servizio diurno di ore 4, del 4 Aprile 2010;

**Vista** la ricevuta di compenso per prestazione occasionale n.° 3 del 08/04/2010, presentata dal dott. Corallo Gianni, ed acquisita agli atti del Comune di Scicli con prot. n. 12276 del 09/04/2010, per un importo totale lordo di € 1.120,00;

**Ritenuto**, pertanto, di dover provvedere alla liquidazione e pagamento della suddette somme;

**Visto** l'art. 184 T.U. delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali, approvato con il D.Lgs 18/08/2000 n. 267 e la L.R. 11/12/91, n. 48 e successive modifiche ed integrazioni;

**Visto** il vigente regolamento di contabilità approvato con delibera di C.C. n. 77 del 28/06/1996;

**Visto** l'art. 48 dello Statuto Comunale;

**DETERMINA**

Per la causale in premessa:

1. Di liquidare e pagare a favore del Dott. re Corallo Gianni, per la prestazione di lavoro in forma occasionale, effettuata presso la Farmacia Comunale durante il periodo di servizio notturno dal 2 al 7 Aprile 2010 e durante il servizio diurno di ore 4, del 4 Aprile 2010, il compenso dovuto, al lordo della ritenuta di acconto, pari ad € 1.120,00;
2. di prelevare le suddette somme dal servizio 1.12.05.01/10 cap.32 del bilancio 2010 ove figura impegnata e disponibile per effetto della propria determina n. 8 del 30 Marzo 2010;
3. Di trasmettere copia della presente al servizio finanziario per gli adempimenti di sua competenza.

**L'Istruttore Amministrativo**  
(*Sig.ra Giusi Magro*)

**IL DIRETTORE DELLA FARMACIA**  
(*Dott.ssa Angelica Arrabito*)

-SERVIZIO FINANZIARIO-

IMPEGNI N. \_\_\_\_\_  
LIQUIDAZIONE N. \_\_\_\_\_

Visto: Si attesta le regolarità contabile e la relativa copertura finanziaria

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO**