



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

N° 40

DEL 11/10/2010

**OGGETTO: Liquidazione compenso per incarico temporaneo alla Dr.ssa Sammatrice Domenica.**

**IL DIRETTORE DELLA FARMACIA COMUNALE**

**Vista** la propria determina n. 37 del 16 Settembre 2010 con la quale è stata incaricata la dr.ssa Sammatrice Domenica alla sostituzione della scrivente, al fine di assicurare l'apertura della Farmacia Comunale, durante il periodo di servizio notturno dal 17 al 23 Settembre 2010;

**Vista** la ricevuta di compenso per prestazione occasionale n.° 1 del 27/09/2010, presentata dalla dr.ssa Sammatrice Domenica, ed acquisita agli atti del Comune di Scicli con prot. n. 28937 del 27/09/2010, per un importo totale lordo di € 1.232,00;

**Ritenuto**, pertanto, di dover provvedere alla liquidazione e pagamento della suddetta somma;

**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 della dr.ssa Sammatrice Domenica, per la prestazione di lavoro in forma occasionale, effettuata presso la Farmacia Comunale durante il periodo di servizio notturno, dal 17 al 23 Settembre 2010, il compenso dovuto, al lordo della ritenuta di acconto, pari a € 1.232,00;
2. di prelevare la suddetta somma dal servizio 1.12.05.01/10 cap.32 del bilancio 2010 ove figura impegnata e disponibile per effetto della propria determina n. 37 del 16 Settembre 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**  
*f.to (Dr.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**