



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE FF n. 1153 DEL 29 AGO. 2019

Oggetto: Liquidazione fattura fornitura presidi per diabetici, materiale diagnostico e alimenti senza glutine a pazienti temporaneamente fuori Regione – A.S.D. di Crotona.

Il Direttore Generale FF Dott.ssa Maria Pompea Bernardi, nominata a seguito della nota del Commissario ad acta per il piano di rientro prot. n. 172689 del 03/05/2019, adotta la seguente deliberazione in merito all'argomento indicato in oggetto.

STRUTTURA PROPONENTE : Area Sub Distrettuale di Crotona

Il Responsabile A.S.D. propone al Direttore Generale FF l'adozione del presente atto del quale ha accertato la regolarità tecnico-procedurale.

Il Responsabile del Procedimento  
(Dott. Giovanni Rossano)

Il Il Responsabile A.S.D. Crotona  
(Dott. Giovanni Rossano)

Visto del Direttore del D.U.A./Il Sostituto

Il Direttore D.U.A./Il Sostituto  
(Dott. Pietro Luigi Brisinda)

PREMESSO che i presidi per diabetici, materiale diagnostico, nonché la fornitura di alimenti senza glutine, somministrati da parte di Strutture Pubbliche a cittadini residenti nella nostra ASP che si trovano temporaneamente domiciliati fuori Regione, non sono assoggettate a prestazioni di mobilità sanitaria extra regionale in quanto appartenenti alla spesa per l'assistenza integrativa farmaceutica;

VISTA la fattura dell'ATS Milano Città Metropolitana n. 2959-837 del 15 luglio 2019 di € 40,95 non soggette IVA, corredate da documentazione sanitaria ove si evince l'autorizzazione, a firma del Dott. Giovanni Rossano Responsabile dell'Area Sub distrettuale di Crotone, la relativa fornitura di presidi per assistenza integrativa farmaceutica ai pazienti residenti nella nostra A.S.P. e domiciliati temporaneamente fuori Regione;

CONSIDERATO inoltre che l'Ufficio di competenza ha effettuato i dovuti controlli amministrativo-contabili;

VISTO il D.M. 329/99 con modifiche apportate ai sensi del D.M. n. 279/01 e n. 296/01;

VISTA altresì, la circ. n. 13/2001;

PROPONE

-LIQUIDARE l'importo complessivo di € 40,95 all' ATS Milano Città Metropolitana a titolo rimborso spese per prestazioni fornitura presidi farmaceutici a pazienti residenti in questa ASP e domiciliati temporaneamente fuori Regione;

-AUTORIZZARE l'Ufficio di Ragioneria ad emettere mandato di pagamento di € 40,95 all'ATS Milano Città Metropolitana per prestazioni fornitura presidi farmaceutici a pazienti residenti in questa ASP e domiciliati temporaneamente fuori Regione;

-Di far gravare la spesa di € 40,95 sul conto n. 5021 5050, del Bilancio corrente e sul Centro di costo n. cc2d1;

ACCREDITARE l'importo complessivo di € 40,95 su:

IT8700100003245139300319711

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL DIRETTORE GENERALE FF

Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta;

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

Ritenuto di condividerne il contenuto;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s'intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dal Direttore della struttura proponente.

Il Direttore Amministrativo  
Avv. Francesco Masciari



---

Il Direttore Sanitario  
Dr.ssa Maria Pompea Bernardi



**DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE**  
**IL REFERENTE**  
**Dott. Pietro Luigi BRISINDA**

---

Il Direttore Generale FF  
Dott.ssa Maria Pompea Bernardi



---

UFFICIO AFFARI GENERALI  
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo  
pretorio dell'Azienda in data 29 AGO. 2019 con protocollo n.

119

Il Responsabile del procedimento

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

COLL. AMM.VO PROF.....

Rag. Francesco SORVILLO

Il Direttore U.O.C.  
Affari Generali e Legali  
Dr.ssa Anna Giordano

# FATTURA ELETTRONICA

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT05017630152**  
Progressivo di invio: **PMI0012267**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **D2CWYO**

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT09320520969**  
Codice fiscale: **09320520969**  
Denominazione: **ATS Milano Citta Metropolitana**  
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

### Dati della sede

Indirizzo: **Corso Italia 19**  
CAP: **20122**  
Comune: **Milano**  
Provincia: **MI**  
Nazione: **IT**

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01997410798**  
Codice Fiscale: **01997410798**  
Denominazione: **ASP CROTONE**

### Dati della sede

Indirizzo: **CENTRO DIREZIONALE II**  
CAP: **88900**  
Comune: **CROTONE**  
Provincia: **KR**  
Nazione: **IT**

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2019-07-15** (15 Luglio 2019)  
Numero documento: **2959-837**  
Importo totale documento: **40.95**

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

### **Nr. linea: 1**

Descrizione bene/servizio: **RIMBORSO FORNITURARIMB. PROD. ASS.ZA INTEGRATI' PERIODO 2016ALLEGATA DOCUMENTAZIONE**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **40.95**  
Valore totale: **40.95**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N1** (esclusa ex art.15)

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N1** (escluse ex art.15)  
Totale imponibile/importo: **40.95**  
Totale imposta: **0.00**  
Riferimento normativo: **Escluse ex art. 15**

## Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

### **Dettaglio pagamento**

Modalità: **MP15** (giroconto su conti di contabilità speciale)  
Decorrenza termini di pagamento: **2019-07-15** (15 Luglio 2019)  
Termini di pagamento (in giorni): **0**  
Data scadenza pagamento: **2019-07-15** (15 Luglio 2019)  
Importo: **40.95**  
Codice IBAN: **IT87O0100003245139300319711**  
Codice ABI: **01000**  
Codice CAB: **03245**

## Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato: **ALL.zip**  
Formato: **ZIP**

Versione prodotta con foglio di stile Sdl [www.fatturapa.gov.it](http://www.fatturapa.gov.it)