SERVIZI FINANZIARI E CONTABILI

Il sottoscritto Responsabile del Servizio Finanziario, appone il visto di regolarità contabile, ai sensi dell'art. 53 c. 5 della L. 142/90, così come sostituito dall'art. 6 c. 11 della L. 127/1997 e ne attesta la copertura finanziaria.

Castelvetrano, lì _____

IL RESPONSABILE DEI SERVIZI FINANZIARI

PUBBLICAZIONE

Copia del presente provvedimento è stato pubblicato all'Albo Pretorio dal al e così per giorni 15 consecutivi.

Registro pubblicazioni n.

IL RESPONSABILE DELL'ALBO

_____

Copia conforme all'originale
Castelvetrano, lì_____

COMUNE DI CASTELVETRANO

Libero Consorzio Comunale di Trapani

******

Direzione X

Programmazione Finanziaria, Gestione delle Risorse Umane e Gestione delle Risorse

Serv. – Programmazione Gestione Finanziaria e Gestione Giuridica e contabile del Personale, Economato e Provveditorato

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° ***99*** DEL ***16/09/2019***

OGGETTO: Dipendente sig.xx Omissis – Revoca benefici permesso mensile ai sensi dell'art. 33 Legge 104/92, così come modificato dall'art. 19 – c. 1 - lett. b) - L.53/2000 e dall'art. 24 della L. 183/2010.

TRASMESSO AI SEGUENTI UFFICI:

1. SINDACO *On - Line*
2. REGISTRO UNICO DETERMINAZIONI _____ _____
3. ALBO PRETORIO *On - Line*
4. DIPENDENTE *On - Line*
5. SETTORE COMPETENTE *On - Line*
6. UFFICIO CONTABILITÁ *On - Line*
7. UFFICIO PENSIONI *On - Line*
8. UFFICIO PERSONALE _____ _____
9. _____ _____ _____

Il Responsabile del procedimento:
(F.to *Rag. Nicolò Ferreri)*

Il Responsabile del Procedimento

Attesta di non trovarsi in nessuna ipotesi di conflitto di interessi nemmeno potenziale nè in situazioni che danno luogo ad obbligo di astensione ai sensi del D.P.R. n. 62/2013 e ss. mm. ed ii. del Codice di Condotta del Comune di Castelvetrano

VISTO il Provv. Dirig. n° ***03*** del ***15/01/2019*** con cui xlx dipendente ***Omissis*** è statx autorizzatx ad usufruire dei permessi relativi all'assistenza di portatori di handicap ex art. 33, comma 3, della L. 104/92 e ss. mm. ii., per assistere xlx suocerx ***Omissis*** portatore di handicap***;***

VISTA la nota Prot. Gen. n° ***Omissis*** del ***Omissis*** – agli atti d'ufficio – con cui xlx dipendente sig.xx ***Omissis,*** comunica il decesso delxx proprix suocerx in data ***29/08/2019;***

RITENUTO, pertanto, alla luce di quanto sopra, necessario procedere alla revoca dei benefici concessi alxx citatx dipendente con Provv. Dirigenziale n° ***3/2019;***

ACCERTATA la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa, secondo quanto previsto dall'art. 147/bis del D. Lgs. n° 267 del 18 agosto 2000, così come modificato dall'art. 3 del D.L. n° 147/2014 e s.m.i.;

ATTESA la propria competenza, ai sensi del vigente Statuto Comunale;

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente ripetute e trascritte:

- **REVOCARE** il Provvedimento Dirigenziale n. ***3/2019*** con il quale alxx dipendente ***Omissis,*** venivano concessi 3 giorni mensili di congedo straordinario per assistenza a portatori di handicap, così come previsto dall'art. 33 – c. 3 – L.104/92, modificato dall'art. 19 – c. 1 – lett. b) – L.53/00, per assistere xlx suocerx ***Omissis*** decedutx il ***29/08/2019;***
- **NOTIFICARE** il presente provvedimento alxx dipendente e agli uffici interessati.

Il responsabile del procedimento
(F.to Rag. Nicolò Ferreri)

IL RESPONSABILE DELLA X DIREZIONE

VISTA la Determina Sindacale n. *23/2019*, con la quale è stato nominato responsabile della *X Direzione Organizzativa*;

VISTA la proposta che precede;

ATTESA la propria competenza, ai sensi del vigente Statuto Comunale;

ATTESTANDO, contestualmente, l'insussistenza di ipotesi di conflitto di interessi;

DETERMINA

1 **DI ESPRIMERE** per quanto concerne la regolarità tecnica e la correttezza dell'azione amministrativa il parere favorevole e attestare la non sussistenza di ipotesi di conflitti di interessi, neppure potenziali, per il Responsabile del Procedimento, e per chi lo adotta, ex D.P.R. n° 62/2013 e ss.mm.ii. del *Codice di Comportamento* del Comune di Castelvetrano *(Delib. G.M. nn° 256/2013 e 52/2017);*

2 **DI APPROVARE** la proposta sopra riportata che qui si intende integralmente riportata e trascritta.

Il Responsabile della Direzione
(F.to Dott. Andrea Antonino Di Como)