



**COMUNE DI MANDURIA  
PROVINCIA DI TARANTO**

**COMUNE CAPOFILA  
AMBITO TERRITORIALE N. 7**



ASL TA1



AVETRANA



FRAGAGNANO



LIZZANO



MANDURIA



MARUGGIO



SAVA



TORRICELLA

**SERVIZIO: SERVIZI SOCIALI – PIANO DI ZONA**

**UFFICIO: UFFICIO DI PIANO**

**COPIA**

**DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO N. 17 DEL 20/03/2015**

**REG. GEN. N° 140**

**DEL 25 MAR. 2015**

**OGGETTO: Progetto di Vita Indipendente (Pro.V.I.). Nomina Responsabile del Procedimento**

L'anno duemilaquindici, il giorno 20 del mese di Marzo nel proprio Ufficio

**IL RESPONSABILE DI SERVIZIO**

- Visto il Decreto Sindacale n. 4 del 26.01.2015 con il quale il sottoscritto è stato individuato quale Responsabile del Servizio;
- Vista la Deliberazione di Coordinamento Istituzionale n. 2 del 19.02.2015 con la quale il sottoscritto è stato individuato quale Responsabile dell'Ufficio di Piano;
- Visto il T. U. degli Enti Locali (D.Lgs.vo del 18/08/2000, n° 267)
- Vista la legge 7 agosto 1990, n° 241;
- Visto lo Statuto Comunale ed il vigente Regolamento Comunale di Contabilità;

**DATO ATTO** che la Regione Puglia:

- con DGR 758/2013 ha approvato i criteri di accesso ai Progetti di vita indipendente e ha approvato lo schema di Convenzione con la rete regionale dei Centri di Domotica sociale al fine di definire il ruolo dei centri componenti la suddetta rete rispetto alle attività funzionali alla istruttoria e costruzione dei Pro.V.I.,
- con AD 247 del 27 giugno 2013 ai sensi della DGR 758/2013 ha approvato l' Avviso pubblico per i progetti personalizzati di vita indipendente in favore di persone con disabilità gravi per l'autonomia personale e l'inclusione socio-lavorativa;
- con AD 310 del 2 Agosto 2013 ha approvato il riparto dei fondi disponibili per il finanziamento dei PRO.V.I. tra tutti gli Ambiti territoriali, proporzionalmente alla dimensione demografica (dati Istat 2011) di ciascun Ambito, fatte salve le eventuali economie da redistribuire in base alle priorità temporali delle domande eventualmente eccedenti la capienza originaria degli altri Ambiti territoriali,
- con Nota n. AOO\_146/0000265 del 27 gennaio 2014 ha provveduto ad informare gli ambiti territoriali dell'avvio della fase di istruttoria dei Provi da parte di ciascun ambito territoriale richiedendo l'individuazione del responsabile del procedimento e le relative credenziali di accesso alla Piattaforma telematica per la gestione delle pratiche .

**ATTESA** la necessità di procedere all'espletamento delle procedure successive alla valutazione dei Pro.V.I. inseriti in Piattaforma Regionale nominando, quindi, il Responsabile del Procedimento;

**DATO ATTO** che presso l'Ufficio di Piano espletano attività professionale n. 2 Assistenti Sociali, la dott.ssa Maria Teresa Ricciardi, assegnata all'area socio-assistenziale; la dott.ssa Stefania Lacaita, assegnata all'area socio-sanitaria;

**CONSIDERATO** che la Dott.ssa Stefania Lacaita è in possesso dei requisiti per svolgere l'attività di Responsabile Unico del Procedimento per il programma in parola;

**RITENUTO** dover provvedere in merito;

**VISTI:**

- La L. n. 241/1990;
- Il D. Lgs. n. 267/2000;
- Il Regolamento di funzionamento dell'Ufficio di Piano;

#### **DETERMINA**

per le motivazioni indicate in premessa,

1. **Di nominare**, quale Responsabile del Procedimento per il programma PRO.V.I., la dott.ssa Stefania Lacaita, Assistente Sociale in servizio presso l'Ufficio di Piano;
2. **Di trasmettere** il presente provvedimento all'Ufficio segreteria per l'inserimento nella raccolta generale;
3. **Di procedere** alla pubblicazione del presente provvedimento sull'albo pretorio del Comune di Manduria quale Comune Capofila dell'Ambito.

**Il Responsabile del Servizio**  
**Dott. Raffaele Salamino**

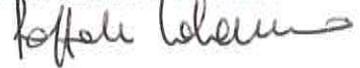


La presente documentazione è inserita nella raccolta di cui all'art. 29 del Regolamento di Contabilità.

A norma dell'art. 8 della Legge n. 241/1990, si rende noto che Responsabile del Procedimento è il sottoscritto dott. Raffaele Salamino e che potranno essere richiesti chiarimenti anche a mezzo telefono al n. :

**Il Responsabile del Servizio**

**Dott. Raffaele Salamino**



**SERVIZIO FINANZIARIO**

**REGISTRATO IN CONTABILITA'**

**Art. 29, Comma 17 Regolamento Comunale di Contabilità**

Cap. \_\_\_\_\_ Art. \_\_\_\_\_ Cod. Impegno \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)

**VISTO: si attesta, ai sensi e per gli effetti dell'art. 151, comma 4°, del T. U. degli Enti Locali, D.Lgs.vo n° 267 del 18/08/2000, la regolarità contabile per la copertura finanziaria della spesa riveniente dal presente atto di impegno che, pertanto, è esecutivo.**

Il \_\_\_\_\_

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO**

\_\_\_\_\_