

ELENCO ATTI DI CONCESSIONE, SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI

ANNO 2026

DS33 CEFALU'

N .	NOME ENTE IMPRESA E/O N.ALTRI SOGGETTI BENEFICIARI	BUDGET ASSEGNA TO	CODICE ID. DENOMINAZIO NE C.E.	IMPORTO VANTAGGI O ECONOMIC O CORRISPOS TO AL 30.06.2026	NORMA O TITOLO GIURIDICO	UFFICIO E RDP AMM.VO	MODALITA' ESEGUITA PER INDIVIDUARE IL BENEFICIARIO
1	N. 2 ASSISTITI BENEFICIARI DEL RIMBORSO PER SPESE DI VIAGGIO / SOGGIORNO PER CURE FUORI REGIONE E CONTRIBUTO PER ACQUISTO PARRUCCHE	€ 4.390,00	CONTRIBUTO ASSEGNI SUSSIDI AD ASSISTITI	€ 0,00	L.R. 202/79 E S.M.I. E L.R. 13/2022 E D.A. 92/2024	DIREZIONE DEL DISTRETTO – DOTT. AMEDEO CASIGLIA RESPONSABIL E DEL PROCEDIMEN TO AMM.VO – DOTT.SSA MARINA DI CHIARA	• ISTANZA MODELLO DIR – IT4 PREVENTIVA ALLA PARTENZA • REFERTI ESAMI • CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO CON DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO RILASCIATO DA STRUTTURA PUBBLICA REGIONALE • L. 104/92 • MODELLO 730 O AUTOCERTIFICAZIONE REDDITUALE • AUTORIZZAZIONE ASSESSORATO ALLA

							SALUTE • RICEVUTE DI VIAGGIO TRASPORTO SOGGIORNO E DOCUMENTO DI IDENTITA' IN ORIGINALI • CONTRIBUTO SPETTANTE IN BASE AL REDDITO DICHIARATO NELL'ANNO PRECEDENTE ALLA PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA • IBAN • TEMPLATE • CAPITOLATO DI SPESA • MODELLO C • DELIBERA DI PAGAMENTO
2	N. 2 ASSISTITI RIMBORSO SPESE EMODIALITICHE	€ 3.923,00	5.02.01.14.13 RIMBORSO ASSISTITI SPESE EMODIALITICHE	€ 0,00	D.A. 834/2011 E SS.MM.II. D.A. 1838/2018	DIREZIONE DEL DISTRETTO – DOTT. AMEDEO CASIGLIA RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO AMM.VO –	• ISTANZA • DOCUMENTAZIONE COMMISSIONE NEFROLOGICA CON GRADO INTENSITA' DIALISI • AUTOCERTIFICAZIONE CIRCA EFFETTUAZIONE DIALISI DOMICILIARE

						DOTT.SSA MARINA DI CHIARA	• IBAN • TEMPLATE • ATTO DELIBERATIVO DI RIMBORSO UTENZA • DELIBERA DI PAGAMENTO
3	N. 12 ASSISTITI RIMBORSO INDENNITA' KM DIALISI	€ 12.228,00	5.02.01.14.09 RIMBORSO INDENNITA' KM DIALIZZATI	€ 5.573,87	D.A. 11/1993 SS.MM.II.	DIREZIONE DEL DISTRETTO – DOTT. AMEDEO CASIGLIA RESPONSABIL E DEL PROCEDIMEN TO AMM.VO – DOTT.SSA MARINA DI CHIARA	• ISTANZA • RIEPILOGHI PERCORSI EFFETTUATI • N. DIALISI EFFETTUATE E VISTATE DAL CENTRO EMODIALITICO • IBAN • AUTOCERTIFICAZIO NI E DOCUMENTO • TEMPLATE • ATTO DELIBERATIVO DI RIMBORSO UTENZA • DELIBERA DI PAGAMENTO
4	SERVIZIO DI TRASPORTO EMODIALIZZ ATI	€ 216.827,00	5.02.01.11.04 SERVIZIO DI TRASPORTO EMODIALIZZAT I	€ 85.284,38	D.A. 11/1993 SS.MM.II. ADEGUAMEN TO TARIFFE: ART. 6 CIRCOLARE 65100/13 E ART. 8 D.A.	DIREZIONE DEL DISTRETTO – DOTT. AMEDEO CASIGLIA RESPONSABIL	• RIEPILOGHI TRASPORTI A FIRMA DEL DIALIZZATO • CERTIFICATO MEDICO DI NON AUTOSUFFICIENZA

					11/1993 PROROGA TECNICA: DELIBERA N. 120 DEL 03.02.2025 DELIBERA N. 1175 DEL 01.06.2026 CIG DS33 ANAC – DELEGA SOCIETA’ TRINAKRIA SERVIZI S.C.A.R.L. REGOLAMENT O DIALISI DELIBERA N. 409 DEL 26/03/2025	E DEL PROCEDIMEN TO AMM.VO – DOTT.SSA MARINA DI CHIARA IL DIRIGENTE MEDICO: DOTT. MASSIMILIAN O FRANCO	• N. DIALISI EFFETTUATE VISTATE DAL CENTRO DIALITICO • AUTORIZZAZIONE DISTRETTO • FATTURE E N. TRASPORTI EFFETTUATI VISTATI DAL DIRIGENTE • AUTORIZZAZIONI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE • DURC • VERBALE DI ISPEZIONE • CONTROLLI ASSOCIAZIONI • AUTODICHIARAZION I E OGNI COMUNICAIONE DI VARIATIONE E/O MODIFICHE DA PARTE DELLE ASSOCIAZIONI • PROVVEDIMENTI DI LIQUIDAZIONE A FIRMA DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO • DELIBERA DI PAGAMENTO
--	--	--	--	--	---	--	---

5	N. 116 AVENTI DIRITTO CONTRIBUTO DISABILI GRAVISSIMI	€ 892.960,00	5.02.01.14.18 CONTRIBUTO DISABILI GRAVISSIMI L.R. 4/2017	€ 870.761,00	D.M. 2016 L.R. 08/2017 SS.MM.II. D.P.R.S. 589/2017 SS.MM.II. D.P.R.S. 545/2017 DEL 10/05/2017 DELIBERA COMMISSARI O STRAORDINA RIO N. 539 DEL 19/04/2023: ADOZIONE REGOLAMENT O PER L'ACCESSO AL BENEFICIO DISABILITA' GRAVISSIMA AI SENSI DPR 589/2018 IN ATTUAZIONE DELLA L.R. 8/2017	DIREZIONE DEL DISTRETTO – DOTT. AMEDEO CASIGLIA IL RESPONSABIL E DELL'UOS INTEGRAZION E SOCIO SANITARIA E RIABILITAZIO NE DOTT.SSA ANNA CILENTO	• ISTANZA • ART. 3, COMMA 3 L.104/92 • DOCUMENTAZIONE PROPRIA E DELL'AMMINISTRAT ORE DI SOSTEGNO • COPIA NOMINA TITOLO GIURIDICO DI RAPPRESENTANZA • SEDUTE UVM • PATTO DI CURA • IBAN • ASSEGNAZIONE BUDGET MENSILE SU RICHIESTA DELL'UOS SOCIO SANITARIA DS33 • TEMPLATE • MODIFICHE SU AREAS • DELIBERA DI PAGAMENTO