



CITTÀ DI ATRIPALDA
PROVINCIA DI AVELLINO

ESTRATTO DETERMINAZIONE DEL 1° SETTORE

N. 311

DEL 17/11/11

OGGETTO

IMPEGNO SPESA PUNTO INFORMAZIONE E ACCOGLIENZA TURISTICA-

Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria.

Dal Municipio, li

**Il Responsabile del Servizio Finanziario
F.to Dott. Paolo De Giuseppe**

	Numero	Data
Impegno		
Liquidazione		
Mandato		

**Il Responsabile del Servizio Finanziario
F.to Dott. Paolo De Giuseppe**

IL RESPONSABILE I SETTORE

Premesso che con deliberazione di G.C. n.113 del 6/07/11 si confermava l'affidamento alla locale Associazione Pro Loco per il periodo 1/06/2011 - 1/06/2013 della gestione del Punto IAT, istituito con delibera di G.C. n. 63/06 stabilendo altresì in euro 4.000,00 l'importo annuale da stanziare per tale collaborazione;

Preso atto che la convenzione è stata sottoscritta in data 7 luglio 2011;

Ritenuto assumere il conseguente impegno di spesa ai sensi dell'art. 183 del D.Lgv. n. 267/00 (TUEL);

Attesa la propria competenza ai sensi del Decreto Sindacale n. 1287 del 30/1/2008 del vigente Regolamento di Contabilità;

DETERMINA

Di assumere, per la predetta causale, impegno di spesa di € 4.000,00 per il funzionamento Ufficio IAT presso la sede della Pro Loco Atripaldese in Via Roma 154/156 , con imputazione al Cod. 1.07.02.05.19 – Cap. 923 parte uscita del Bilancio 2011.

Di trasmettere il presente atto, con i documenti giustificativi , al servizio finanziario per i conseguenti adempimenti ai sensi degli artt. 184 e 185 del D.Lgv. n. 267 del 18/08/2000.

Letto, approvato e sottoscritto

**Il Responsabile del 1° Settore
F.to Dott.ssa Italia Katia Bocchino**

Certificato di Pubblicazione

Certificasi dal sottoscritto Responsabile che, giusta relazione dell'Istruttore addetto alle pubblicazioni, copia della presente determinazione è stata affissa all'Albo Pretorio, ai sensi dell'art.124, comma 1, del D.lgs n.267 del 18/08/2000, per la prescritta pubblicazione di 15 giorni consecutivi.

Dal Municipio, li 06/12/11

**Il Responsabile del 1° Settore
F.to Dott.ssa Italia Katia Bocchino**

Per copia conforme al suo originale.

**Il Responsabile del 1° Settore
F.to Dott.ssa Italia Katia Bocchino**