



**Il Responsabile del procedimento di cui all'art. 5 della l.r. 30/4/1991 n° 10, ai sensi dell'art. 2 della medesima legge, propone l'adozione della presente proposta di determinazione avente ad oggetto: "LIQUIDAZIONE FATTURE ALLA DITTA SO.FARMA.MORRA. PER FORNITURA FARMACI E PARAFARMACI PER IL MESE DI NOVEMBRE 2018. " CIG: Z6625E4743**

**Richiamata** la D.D. di Area VI n. 64 RG 881 del 28/11/2018 con oggetto: "Affidamento della fornitura giornaliera di farmaci e parafarmaci per la Farmacia Comunale alla ditta So.Farma.Morra." con la quale si è provveduto ad impegnare la somma di € 39.900,00 oltre IVA per assicurare la fornitura giornaliera di farmaci e parafarmaci alla Farmacia Comunale;

**Visti** i seguenti documenti contabili, prodotti dalla ditta So.Farma.Morra: la **fattura** n°. PAEF950083, la **N.C** n°PAEF950084 e la **N.C** n°PAEF950085 per un totale di **euro 18.816,49** oltre ad **I.V.A.** di **euro 2.157,51** e per un importo complessivo di **euro 20.974,00**;

**Preso atto** del certificato Durc valido della Ditta SO.FARMA.MORRA S.p.A., e della dichiarazione ai sensi della legge 136/2010;

**Visto** che la merce è stata regolarmente fornita e presa in carico dalla Farmacia Comunale, come da attestazione apposta dal farmacista comunale sulle fatture fiscali;

**Considerato** che trattasi di forniture di beni che sono stati utilizzati per la rivendita presso la farmacia Comunale per svolgere il servizio, in regime convenzionale con il S.S.N., di erogazione dell'assistenza farmaceutica;

**che**, al pari delle farmacie private, la Farmacia Comunale è tenuta ad assicurare con regolarità il servizio medesimo (configurandosi, altrimenti, il reato previsto dall' art. 331c.p.);

**Visto** il TUEL parte II tit. II art. 163

**Visto** il D. Lgs. 267/2000;

**Visto** il D.P.R. 633/1972 art. 17-ter

#### PROPONE DI DETERMINARE

Per quanto sopra esposto:

**1) Liquidare e pagare** alla ditta So.Farma.Morra per la fornitura di farmaci e parafarmaci alla Farmacia Comunale, mediante accreditamento sul Cod. **IBAN IT76L0100514900000000420043**, presso la B.N.L. filiale Caserta, i seguenti documenti contabili: la **fattura** n° PAEF950083 e le **NC** n° PAEF950084 e n°PAEF950085 per un totale di **euro 16.816,49** oltre ad **I.V.A.** di **euro 2.157,51** e per un importo complessivo di **euro 20.974,00**;

**2) Versare**, a norma dell'art 17-ter del D.P.R. 633/1972 la quota **IVA di € 2.157,51 (Iva Commerciale)**

**3) Imputare** la complessiva spesa di **euro 20.974,00** sull'impegno **18/1102.3**, capitolo 11830 del bilancio 2018.

Il Responsabile del procedimento  
(D.ssa Marzia Morena)



**FATTURA N. PAEF950083**

Identificativo trasmittente: IT00448310615 - Progressivo invio: 18338 - Formato trasmissione: FPA12  
 Telefono trasmittente: 0106097307 E-mail trasmittente: [rossochioso@sofarmamorra.it](mailto:rossochioso@sofarmamorra.it)  
 Codice destinatario: UF7FCU

MITTENTE	DESTINATARIO
<b>SO.FARMA.MORRA SPA</b> Identificativo fiscale ai fini IVA: IT11985010153 VIA LAMBRETTA 2 20090 SEGRATE (MI) IT	<b>COMUNE CAPACI FARMACIA COM.LE</b> Codice fiscale: 80019740820 VIA VITTORIO EMANUELE 153 90040 CAPACI (PA) IT

Tipo documento: Fattura (TD01)	Numero: PAEF950083	Data: 30/11/18	Valuta: EUR	Importo totale documento: (*) 21.325,96	Arrotondamento:
Causale:					

(\*) Importo indicato dal fornitore

	Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SC/MG	Totale	Iva (%)	Natura
0001		* CONCORSO SPESE LOGISTICHE		Confezioni 1,00	0,26		0,26	22,00	
0002	AICFARMACO 034191080	COAPROVEL*28CPR 300MG/25MG		Confezioni 4,00	9,2525	(SC) 2,96	25,17	10,00	
0003		* CONCORSO SPESE LOGISTICHE		Confezioni 1,00	2,87		2,87	22,00	
0004	AICFARMACO 023362041	NOLVADEX D*20CPR 20MG		Confezioni 2,00	7,85	(SC) 2,47	10,76	10,00	
0005	AICFARMACO 035444191	DAPAROX OS GTT 20ML 1MG/GOCCIA		Confezioni 3,00	18,6067	(SC) 6,04	37,70	10,00	
0006	AICFARMACO 934158508	PRONOOS 30CPS		Confezioni 2,00	22,095	(SC) 6,79	30,61	10,00	
0007	AICFARMACO 930880632	LEVIAPROST INTEG 30CPS		Confezioni 1,00	29,24	(SC) 7,31	21,93	10,00	
0008	AICFARMACO 930544438	LENIDASE 20CPR		Confezioni 1,00	14,62	(SC) 3,65	10,97	10,00	
0009	AICFARMACO 013046077	ENTEROGERMINA*OS 10FL 4MLD/5ML		Confezioni 4,00	7,77		31,08	10,00	
0010	AICFARMACO 973077163	TANTUM ROSA INTIMO LENITIVA 200M		Confezioni 2,00	5,735	(SC) 1,65	8,17	22,00	
0011	AICFARMACO 034368086	TIROSINT*OS 30FL 1ML 50MCG/ML		Confezioni 1,00	6,77	(SC) 2,17	4,60	10,00	
0012	AICFARMACO 034368098	TIROSINT*OS 30FL 1ML 75MCG/ML		Confezioni 2,00	9,035	(SC) 2,94	12,19	10,00	
0013	AICFARMACO 034368100	TIROSINT*OS 30FL 1ML 100MCG/ML		Confezioni 2,00	9,035	(SC) 2,94	12,19	10,00	
0014	AICFARMACO 922405701	KUKIDENT DOPIA AZIONE 60G		Confezioni 6,00	6,43		38,58	22,00	
0015	AICFARMACO 015148024	FARLUTAL*12CPR 10MG		Confezioni 1,00	11,73	(SC) 3,69	8,04	10,00	
0016	AICFARMACO 038440020	PANTOPRAZOLO EG*14CPR 20MG		Confezioni 10,00	3,576	(SC) 1,37	22,06	10,00	
0017	AICFARMACO 029032051	CODEX*10CPS 5MLD 250MG BLIST		Confezioni 2,00	5,57		11,14	10,00	
0018	AICFARMACO 021502012	CATAPRESAN*30CPR 0,150MG		Confezioni 2,00	7,64	(SC) 2,43	10,42	10,00	
0019	AICFARMACO 037736028	CERCHIO*OS GTT 20ML 10MG/ML		Confezioni 1,00	5,90	(SC) 1,86	4,04	10,00	
0020	AICFARMACO 043496102	CHOLECOMB*30CPS 20MG+10MG		Confezioni 1,00	23,13	(SC) 7,43	15,70	10,00	
0021	AICFARMACO 023019019	CINAZYN*50 CPR 25 MG		Confezioni 1,00	7,27	(SC) 2,29	4,98	10,00	
0022	AICFARMACO 034721098	CLODRON*IM 3F 200MG/4ML C/LID		Confezioni 1,00	22,64	(SC) 7,12	15,52	10,00	
0023	AICFARMACO 034191080	COAPROVEL*28CPR 300MG/25MG		Confezioni 2,00	9,255	(SC) 2,96	12,59	10,00	

1609	AICFARMACO	900811668	FISIAN-SOLUZ DET 200 ML		Confezioni	1,00	12,36	(SC) 3,09	9,27	22,00
1610	AICFARMACO	020582209	FLUIMUCIL 30CPR EFF 600MG		Confezioni	2,00	13,555	(SC) 4,27	18,57	10,00
1611	AICFARMACO	024411023	FLUNAGEN MITE*50 CPS 5 MG		Confezioni	1,00	16,36	(SC) 5,15	11,21	10,00
1612	AICFARMACO	029052077	FOSAMAX 70*4CPR 70MG		Confezioni	1,00	18,25	(SC) 5,74	12,51	10,00
1613	AICFARMACO	903529788	GLUCOCARD-G SENSOR 25PZ		Confezioni	2,00	9,90		19,80	22,00
1614	AICFARMACO	027830052	LACIPIL*14CPR RIV 6MG		Confezioni	1,00	7,26	(SC) 2,28	4,98	10,00
1615	AICFARMACO	035583069	LODOZ*30CPR RIV 5MG/6,25MG		Confezioni	1,00	6,40	(SC) 2,01	4,39	10,00
1616	AICFARMACO	026670051	MITTOVAL*30CPR 10MG R.P.		Confezioni	1,00	10,60	(SC) 3,33	7,27	10,00
1617	AICFARMACO	922196783	NARHINEL ASPIRAT NAS SOFT+ 2RIC		Confezioni	2,00	3,97		7,94	22,00
1618	AICFARMACO	935197715	NAUSIL FORTE 30ML		Confezioni	1,00	17,02	(SC) 4,25	12,77	10,00
1619	AICFARMACO	028511095	OKI*OS GRAT 30BUST BIPAR 80MG		Confezioni	10,00	3,89	(SC) 1,30	25,90	10,00
1620	AICFARMACO	930214527	PLAK OUT ACTIVE CLOR 0,12%		Confezioni	1,00	6,26	(SC) 1,56	4,70	22,00
1621	AICFARMACO	926550450	PLAK OUT ACTIVE SOLLIEVO 200ML		Confezioni	1,00	6,92	(SC) 1,73	5,19	22,00
1622	AICFARMACO	043446020	REVINTY ELL*INAL 92/22MCG 30D		Confezioni	1,00	47,38	(SC) 15,22	32,16	10,00
1623	AICFARMACO	034765154	SERACTIL*30CPR RIV 400MG		Confezioni	1,00	6,75	(SC) 2,17	4,58	10,00
1624	AICFARMACO	041219027	TARDYFER*30CPR 80MG R.P.		Confezioni	2,00	3,37	(SC) 1,06	4,62	10,00
1625	AICFARMACO	035890060	TAUXIB*20CPR RIV 60MG AL/AL		Confezioni	2,00	10,465	(SC) 3,48	13,97	10,00
1626	AICFARMACO	024737037	TENORETIC MITE*28CPR 50+ 12,5MG		Confezioni	2,00	4,465	(SC) 1,41	6,11	10,00
1627	AICFARMACO	028531010	TRIAATEC HCT 2,5*14CPR 2,5+ 12,5		Confezioni	1,00	2,59	(SC) 0,81	1,78	10,00
1628	AICFARMACO	909272458	VITAMINDERMINA-PLV LANOLIN		Confezioni	2,00	8,11	(SC) 3,06	10,10	22,00
1629	AICFARMACO	035666080	XYZAL 20CPR RIV 5MG		Confezioni	2,00	5,165	(SC) 1,63	7,07	10,00

Aliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale imponibile	Totale imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
10,00		16.786,50	1.678,65			Scissione pagamenti (S)
22,00		2.344,93	515,88			Scissione pagamenti (S)
<b>TOTALE</b>						<b>21.325,96</b>

**Contratto**

Identificativo contratto: 1  
Codice CIG: **Z6625E4743**

**Documento di trasporto**

Numero DDT: **BV0240300**  
Data DDT: **02/11/18**  
Numero linea di riferimento: **0001, 0002**

**Documento di trasporto**

Numero DDT: **BV0242404**  
Data DDT: **05/11/18**  
Numero linea di riferimento: **0003, 0004, 0005, 0006, 0007, 0008, 0009, 0010, 0011, 0012, 0013, 0014, 0015, 0016, 0017, 0018, 0019, 0020, 0021, 0022, 0023, 0024, 0025, 0026, 0027, 0028, 0029, 0030, 0031, 0032, 0033, 0034, 0035, 0036, 0037, 0038, 0039, 0040, 0041, 0042, 0043, 0044, 0045, 0046, 0047, 0048, 0049, 0050, 0051, 0052, 0053, 0054, 0055**

**Documento di trasporto**

Numero DDT: **BV0242698**  
Data DDT: **05/11/18**  
Numero linea di riferimento: **0056, 0057, 0058**

**Documento di trasporto**

Numero DDT: **BV0243266**  
Data DDT: **05/11/18**  
Numero linea di riferimento: **0059, 0060, 0061, 0062, 0063, 0064, 0065, 0066, 0067, 0068, 0069, 0070, 0071, 0072, 0073, 0074, 0075, 0076, 0077, 0078, 0079, 0080, 0081**

**Documento di trasporto**

Numero DDT: **BV0243988**  
Data DDT: **06/11/18**  
Numero linea di riferimento: **0082, 0083, 0084, 0085, 0086, 0087, 0088, 0089, 0090, 0091, 0092, 0093, 0094, 0095, 0096, 0097, 0098, 0099, 0100, 0101, 0102, 0103, 0104, 0105, 0106, 0107, 0108, 0109, 0110, 0111, 0112, 0113, 0114, 0115, 0116, 0117, 0118, 0119, 0120, 0121, 0122, 0123, 0124, 0125, 0126, 0127, 0128, 0129, 0130, 0131, 0132, 0133, 0134, 0135, 0136, 0137, 0138, 0139, 0140, 0141, 0142, 0143, 0144, 0145, 0146, 0147, 0148, 0149, 0150, 0151, 0152, 0153, 0154, 0155**

**FATTURA N. PAEF950084**

Identificativo trasmittente: **IT00448310615** - Progressivo invio: **18339** - Formato trasmissione: **FPA12**  
 Telefono trasmittente: **0106097307** E-mail trasmittente: **crossochioso@sofarmamorra.it**  
 Codice destinatario: **UF7FCU**

MITTENTE	DESTINATARIO
<b>SO.FARMA.MORRA SPA</b> Identificativo fiscale ai fini IVA: <b>IT11985010153</b> VIA LAMBRETTE 2 20090 SEGRATE (MI) IT	<b>COMUNE CAPACI FARMACIA COM.LE</b> Codice fiscale: <b>80019740820</b> VIA VITTORIO EMANUELE 153 90040 CAPACI (PA) IT

Tipo documento: Nota di credito (TD04)	Numero: <b>PAEF950084</b>	Data: <b>30/11/18</b>	Valuta: <b>EUR</b>	Importo totale documento: (*) <b>286,34</b>	Arrotondamento:
Causale:					

(\*) Importo indicato dal fornitore

	Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SC/MG	Totale	Iva (%)	Natura
0001	AICFARMACO 026354023	HYALGAN*5FL 2ML 20MG/2ML		Confezioni 1,00	142,73	(SC) 61,05	81,68	10,00	
0002	AICFARMACO 027980010	ADALAT CRONO*14CPR RIV 30MG RM		Confezioni 4,00	6,1525	(SC) 1,99	16,65	10,00	
0003	AICFARMACO 926522133	CEROTTI-PIC CLAS 19X72 MM 20CER		Confezioni 4,00	2,79	(SC) 1,58	4,84	22,00	
0004	AICFARMACO 035767654	CIPRALEX*GTT OS 15ML		Confezioni 1,00	10,69	(SC) 3,36	7,33	10,00	
0005	AICFARMACO 023103132	CLENIL*AEROSOL 20FL MONOD 2ML		Confezioni 3,00	10,6267	(SC) 3,55	21,23	10,00	
0006	AICFARMACO 930873688	CONTOUR NEXT GLICEMIA 25STR		Confezioni 3,00	8,68		26,04	22,00	
0007	AICFARMACO 027491012	DENIBAN*12 CPR 50 MG		Confezioni 2,00	14,095	(SC) 4,49	19,21	10,00	
0008	AICFARMACO 013046038	ENTEROGERMINA*OS 10FL 2MLD		Confezioni 3,00	4,68		14,04	10,00	
0009	AICFARMACO 024249068	FELDENE*IM 6F 1ML 20MG		Confezioni 2,00	4,185	(SC) 1,34	5,69	10,00	
0010	AICFARMACO 021736020	GENTALYN BETA CREMA*30G 0,1%		Confezioni 1,00	13,55	(SC) 4,26	9,29	10,00	
0011	AICFARMACO 939942393	INOSIFAST 4 21BUST		Confezioni 1,00	21,01	(SC) 5,25	15,76	10,00	
0012	AICFARMACO 023183205	ORUDIS*IM 6F 100MG 2ML		Confezioni 2,00	3,28	(SC) 1,03	4,50	10,00	
0013	AICFARMACO 912650241	TRIDERM-BAGNO OLEATO 250ML		Confezioni 1,00	11,49	(SC) 2,87	8,62	22,00	
0014	AICFARMACO 923587164	NEBIAL 3% 20 FLACONCINI 5ML		Confezioni 1,00	10,87	(SC) 4,35	6,52	22,00	
0015	AICFARMACO 934850114	RISO ROSSO FERMENT 50CPS PROMOPH		Confezioni 2,00	12,455	(SC) 5,51	13,89	10,00	

Aliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale imponibile	Totale imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
10,00		209,27	20,93			Scissione pagamenti (S)
22,00		46,02	10,12			Scissione pagamenti (S)
<b>TOTALE</b>						<b>286,34</b>

**Contratto**

Identificativo contratto: **1**  
 Codice CIG: **Z6625E4743**



# FATTURA N. PAEF950085

Identificativo trasmittente: IT00448310615 - Progressivo invio: 18340 - Formato trasmissione: FPA12  
 Telefono trasmittente: 0106097307 E-mail trasmittente: [crossochioso@sofarmamorra.it](mailto:crossochioso@sofarmamorra.it)  
 Codice destinatario: UF7FCU

MITTENTE	DESTINATARIO
<b>SO.FARMA.MORRA SPA</b> Identificativo fiscale ai fini IVA: IT11985010153 VIA LAMBRETTEA 2 20090 SEGRATE (MI) IT	<b>COMUNE CAPACI FARMACIA COM.LE</b> Codice fiscale: 80019740820 VIA VITTORIO EMANUELE 153 90040 CAPACI (PA) IT

Tipo documento: Nota di credito (TD04)	Numero: <b>PAEF950085</b>	Data: <b>30/11/18</b>	Valuta: <b>EUR</b>	Importo totale documento: (*) <b>65,62</b>	Arrotondamento:
Causale:					

(\*) Importo indicato dal fornitore

	Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SC/ MG	Totale	Iva (%)	Natura
0001	AICFARMACO 974535395	CISTIFLUX A 18 28BUST		Confezioni 1,00	10,70		10,70	10,00	
0002	AICFARMACO 974535395	CISTIFLUX A 18 28BUST		Confezioni 1,00	15,01		15,01	10,00	
0003	AICFARMACO 939386090	LUXFLUIRES 14 BUSTE 8 G		Confezioni 2,00	10,27		20,54	10,00	
0004	AICFARMACO 026609053	BRONCHOMUNAL*BB 30BUST 3,5MG		Confezioni 1,00	13,40		13,40	10,00	

Aliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale imponibile	Totale imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
10,00		59,65	5,97			Scissione pagamenti (S)
<b>TOTALE</b>						<b>65,62</b>

<b>Contratto</b> Identificativo contratto: 1 Codice CIG: <b>Z6625E4743</b>	<b>Documento di trasporto</b> Numero DDT: 212576 Data DDT: <b>31/10/18</b> Numero linea di riferimento: 0001	<b>Documento di trasporto</b> Numero DDT: 226484 Data DDT: <b>16/10/18</b> Numero linea di riferimento: 0002
<b>Documento di trasporto</b> Numero DDT: 215481 Data DDT: <b>03/10/18</b> Numero linea di riferimento: 0003		

SO.FARMA.MORRA SPA - Identificativo fiscale ai fini IVA: IT11985010153 - Regime fiscale: Ordinario (RF01)  
 Sede: VIA LAMBRETTEA 2 - 20090 SEGRATE (MI) - IT  
 Iscrizione REA: MI - 1477991 - Stato liquidazione: non in liquidazione (LN)



## Durc On Line

Numero Protocollo	INPS_12708857	Data richiesta	02/11/2018	Scadenza validità	02/03/2019
-------------------	---------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	SO.FARMA.MORRA SPA
Codice fiscale	00448310615
Sede legale	VIA LAMBRETTA 2 SEGRATE MI 20090

Con il presente Documento si dichiara che il soggetto sopra identificato **RISULTA REGOLARE** nei confronti di

I.N.P.S. I.N.A.I.L.
------------------------

Il Documento ha validità di 120 giorni dalla data della richiesta e si riferisce alla risultanza, alla stessa data, dell'interrogazione degli archivi dell'INPS, dell'INAIL e della CNCE per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.



**COMUNICAZIONE DEL CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE DEDICATO , AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA LEGGE 136/2010 (COSI' COME MODIFICATA DAL D.L. N. 187/2010 CONVERTITO IN LEGGE CON MODIFICAZIONI DALLA LEGGE N. 217/2010)**

IL SOTTOSCRITTO MORRA ALESSANDRO NATO A FRIGNANO IL 26/09/1949 , CODICE FISCALE MRRLSN49P26D799L IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA SO.FARMA.MORRA SPA CON SEDE LEGALE IN SEGRATE (MI), PARTITA IVA 11985010153 CODICE FISCALE 00448310615

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI (AI SENSI DELL'ART. 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N° 445) COMUNICA AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA LEGGE 136/2010:**

- GLI ESTREMI DEL CONTO CORRENTE DEDICATO, ANCHE NON IN VIA ESCLUSIVA, SU CUI EFFETTUARE I PAGAMENTI:
  1. IBAN: IT76 L 01005 14900 0000 0042 0043
  2. ISTITUTO: BANCA NAZIONALE DEL LAVORO
  
- GENERALITA' (NOME E COGNOME) E CODICE FISCALE DELLE PERSONE DELEGATE AD OPERARE SUL/I CONTO/I SUINDICATO/I :  
ALESSANDRO MORRA.....  
C.F.: MRRLSN49P26D799L.....
  
- IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA AD INDICARE GLI ESTREMI DEL CONTO CORRENTE DEDICATO IN FATTURA ED A COMUNICARE EVENTUALI VARIAZIONI DELLO STESSO ED OGNI MODIFICA RELATIVA ALLE PERSONE DELEGATE AD OPERARE SU DI ESSO.
  
- **SI ALLEGA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DICHIARANTE**

DATA: 01 /06 / 2016

FIRMA LEGGIBILE

.....  


SO.FARMA.MORRA S.p.A.  
Via Lambretta 2 (Località Lavanderia)  
20090 SEGRATE (MI)  
Partita IVA 11985010153  
Cod.Fisc. 00448310615



IL RESPONSABILE DI AREA

Vista la superiore proposta di determinazione ritenuta conforme sotto il profilo tecnico alle norme di legge e alle norme interne

DETERMINA

Di approvare la superiore proposta di determinazione.

Il Funzionario Responsabile Area VI  
(D.ssa Marzia Morena)

*Morena Marzia*

**Il Responsabile di Area  
(D.ssa Marzia Morena)**

---

---

Copia conforme all'originale, in carta libera, per uso amministrativo

Dal  
Municipio \_\_\_\_\_

**IL RESPONSABILE AREA VI<sup>A</sup>**  
(D.ssa Marzia Morena)

---

## **REFERTO DI PUBBLICAZIONE**

N. Reg. pubbl. \_\_\_\_\_

Certifico io sottoscritto Segretario Generale su conforme dichiarazione del Responsabile Albo Pretorio, che copia del presente verbale viene pubblicato il giorno \_\_\_\_\_ all'Albo Pretorio ove rimarrà esposta per 15 giorni consecutivi.

**Il Responsabile Albo Pretorio**

**IL SEGRETARIO GENERALE**

---