

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE E CONVENZIONE
PER L'EROGAZIONE, CON ONERE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE,
DEGLI ALIMENTI SENZA GLUTINE DI CUI AL REGISTRO NAZIONALE DEGLI ALIMENTI**

(Deliberazione della Giunta Regionale della Calabria n°230 del 27.06.2013)

Al Direttore Generale della ASP di Catanzaro

OGGETTO: richiesta di convenzione per l'erogazione, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, degli alimenti senza glutine di cui al Registro Nazionale degli Alimenti.

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a.....il.....
in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società.....con
sede legale in (indicare l'indirizzo completo)
Codice Fiscale/Partita IVA.....
Telefono..... Fax..... e-mail.....

CHIEDE

- di essere autorizzato ad erogare, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, i prodotti senza glutine del Registro Nazionale degli Alimenti di cui all'art. 7 del DM 8 giugno 2001, a favore delle persone affette da celiachia, su presentazione dei buoni spesa rilasciati dall'Azienda Sanitaria Provinciale agli assistiti aventi diritto.
A tal fine, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75-76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti

DICHIARA

1. di essere titolare/rappresentante legale dell'esercizio commerciale, denominato

.....
riconducibile alla seguente fattispecie di cui alla normativa vigente in materia di commercio:

- esercizio di vicinato*
 media struttura di vendita
 grande struttura di vendita

ubicato nel Comune di.....Provincia.....
via.....CAP.....
tel....., fax....., indirizzo e-mail.....

- che l'esercizio commerciale rientra nella fattispecie di cui all'art. 5 della L. 248/2006 (SI) (NO)

2. di essere in possesso del provvedimento autorizzatorio o abilitativo commerciale per l'attività di vendita di prodotti appartenenti al settore merceologico alimentare/misto (riportare estremi

provvedimento/comunicazione).....
della registrazione sanitaria Reg. CE 852/04.....
.....e di essere pertanto in possesso dei relativi requisiti di legge;

3. di garantire la presenza durante l'intero arco di apertura dell'esercizio commerciale di almeno uno dei referente/i dell'attività di gestione ed erogazione dei prodotti in oggetto, in possesso di formazione specifica, di seguito individuati:

sig./sig.ra/i/e.....
.....

4. Che il responsabile dell'esecuzione di eventuali provvedimenti di ritiro/sospensione dal commercio o sequestro dei prodotti in oggetto, comunicati dall'ASP o da altra Autorità competente è il sig./sig.ra (*specificare un solo nominativo*).....

A tale riguardo specifica, qualora diverso da quello sopra riportato, il seguente recapito mail/fax a cui devono essere inviate le suddette segnalazioni

.....

DICHIARA ALTRESI'

di accettare ed impegnarsi al rispetto delle seguenti condizioni:

- garantire l'erogazione, a carico del SSR, dei prodotti senza glutine limitatamente a quelli inclusi nel Registro Nazionale di cui all'art. 7 del D.M. 8 giugno 2001, applicando al SSR uno sconto almeno del 10% sul prezzo di vendita al pubblico, che deve essere esposto in modo chiaro e leggibile per consentire agli assistiti di valutarne la convenienza rispetto al tetto di spesa mensile stabilito dalla normativa vigente;
- garantire un'adeguata gestione dei prodotti senza glutine del Registro Nazionale, compresi i surgelati qualora detenuti, nel rispetto delle vigenti normative in materia;
- erogare i prodotti in oggetto su presentazione, da parte degli assistiti, dei buoni spesa rilasciati dalla Azienda Sanitaria Provinciale, relativi al mese in corso di validità, verificando e garantendo la corretta e chiara compilazione dei moduli in ogni parte, secondo le direttive regionali, e riportando sui medesimi il timbro dell'esercizio commerciale, la data di erogazione, gli scontrini e le fustelle a lettura ottica presenti sulle confezioni erogate;

(barrare la voce di interesse)

- per gli *esercizi di vicinato*: garantire la dovuta informazione agli assistiti, rendendo disponibile per la consultazione l'ultimo aggiornamento del richiamato Registro Nazionale degli Alimenti, disponibile nel sito Internet del Ministero della Salute, nonché assicurare uno spazio dedicato all'esposizione di tali prodotti;
- per le *medie e grandi strutture di vendita*: attivare un'apposita postazione di informazione e di controllo, da posizionare nel percorso dei clienti, prima della cassa, rendendo disponibile per la consultazione l'ultimo aggiornamento del richiamato Registro Nazionale degli Alimenti, pubblicato nel sito Internet del Ministero della Salute, nonché assicurare uno spazio dedicato all'esposizione di tali prodotti;
- assicurare che il buono o, nel caso di utilizzo simultaneo di più buoni, la somma dei buoni, venga spesa per importi uguali o superiori. L'utilizzo del buono/i per importi inferiori non dà diritto a resti, fermo restando che rimane a carico dell'utente l'eventuale differenza in eccesso rispetto al valore dei buoni stessi;
- accettare unicamente buoni presentati nell'arco del mese di validità riportato negli stessi;
- presentare, ai fini del rimborso, alla Azienda Sanitaria Provinciale, la fatturazione del corrispettivo dei prodotti erogati, unitamente ai buoni riportanti le fustelle a lettura ottica presenti sulle confezioni dei prodotti erogati e scontrini, nel rispetto delle seguenti modalità:
 - elencazione analitica dei prodotti erogati, con l'indicazione del rispettivo prezzo al pubblico, sconto praticato, aliquota IVA applicata;
 - importo fatturato corrispondente ai dati analiticamente riportati nella fattura;
 - inoltro delle fatture entro e non oltre 12 mesi dal mese di riferimento dei moduli utilizzati, prendendo atto che non verranno rimborsati prodotti erogati mediante moduli riportanti data anteriore ai 12 mesi;
- fornire alla ASP, contestualmente alla fatturazione mensile, i dati quali-quantitativi dei moduli spediti, secondo un tracciato informatico stabilito;
- garantire, nel rispetto della normativa sulla privacy, la riservatezza di qualsiasi informazione rilevata nei confronti degli assistiti, nell'ambito dello svolgimento delle procedure, non essendo consentiti altri usi dei dati rilevati;
- non effettuare concorsi, operazioni a premio e vendite sotto costo aventi ad oggetto i prodotti senza glutine erogati con onere a carico del SSR.

Ai fini del rimborso, chiede l'accredito mediante bonifico in c/c bancario

N..... Istituto di Credito

Indirizzo..... filiale/agenzia

Intestato a.....

IBAN.....

Autorizza, per le finalità di cui alla presente modulistica, il trattamento dei dati personali conferiti anche mediante modalità informatiche e telematiche (art. 13, D.Lgs n. 196/2003).

Dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta.

Firma e timbro del titolare o legale rappresentante.....

.....li,.....

Alla presente allega i seguenti documenti:

- a. copia del documento di riconoscimento in corso di validità del titolare/legale rappresentante della ditta/società;
- b. copia del documento di riconoscimento in corso di validità del responsabile di cui al punto 4.
- c. attestazione di avvenuto versamento di € 50,00(cinquanta/00) da versare sul ccp n°10569887 intestato a: ASP Catanzaro SIAN Lamezia Terme causale: istanza vendita prodotti Celiachia
- d. Autocertificazione

NOTA BENE

* nel caso di ditta/società titolare di più punti vendita, i punti 1, 2, 3, 4, devono essere compilati per ciascun punto vendita