

MARCA DA BOLLO

da trasmettere via PEC:

direzione.sanitaria@pec.asptrapani.it

Documento in carta resa legale

ASP Trapani

Al Direttore del Distretto

di _____

PEC:

direzione.sanitaria@pec.asptrapani.it

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione per la dispensazione, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, degli alimenti senza glutine di cui al Registro Nazionale degli Alimenti a favore di soggetti celiaci.

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/P. IVA _____ Iscritto al registro delle Imprese n°
_____ presso la C.C.I.A.A. di _____
Telefono _____ Cell _____ e-
mail _____ PEC per comunicazioni inerenti la presente
domanda _____

CHIEDE

di essere autorizzato alla dispensazione, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, dei prodotti senza glutine del Registro Nazionale degli Alimenti di cui all'art. 7 del DM 8 giugno 2001, a favore dei soggetti celiaci aventi diritto, utilizzando il budget assegnatogli mensilmente dall'ASP di Trapani presso:

l'esercizio commerciale denominato " _____ "
ubicato nel Comune di _____ CAP _____ Via _____
Tel _____ Cell. _____ Indirizzo e-mail _____

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

- di essere in possesso del provvedimento autorizzatorio o abilitativo commerciale per l'attività di vendita di prodotti appartenenti al settore merceologico alimentare (riportare estremo provvedimento di autorizzazione/Comunicazione/DIA/SCIA _____ e di essere pertanto in possesso dei relativi requisiti di legge;
- che l'esercizio commerciale rientra nella fattispecie di cui all'art. 5, DL n. 223/2006, convertito con modificazioni dalla L. n. 248/2006:

SI NO

- Se Si, indicare il codice identificativo univoco rilasciato dal Ministero della Salute _____ di garantire la presenza durante l'intero arco di apertura dell'esercizio commerciale di almeno un referente dell'attività di gestione e dispensazione dei prodotti in oggetto, tra i soggetti di seguito individuati _____;
- di eventuali provvedimenti di ritiro/sospensione dal commercio o sequestro dei prodotti in oggetto, comunicati dall' ASP di Trapani o da altra Autorità competente è il/la sig./sig.ra (specificare un solo nominativo) _____;
A tale riguardo specifica, qualora diverso da quello sopra riportato, il seguente recapito e-mail a cui _____ devono _____ essere _____ inviate _____ le _____ suddette segnalazioni _____;
- di aver accertato presso ARIA s.p.a la compatibilità del proprio software di erogazione con il sistema Celiachi@_RL.

DICHARA

Altresì, di accettare ed impegnarsi al rispetto delle seguenti condizioni:

- garantire la dispensazione, a carico del SSN, dei prodotti senza glutine limitatamente a quelli inclusi nel Registro Nazionale degli Alimenti destinati ad una Alimentazione Particolare, di cui all'art. 7 del D.M. 8 giugno 2001, aggiornato ai sensi del DM 10 agosto 2018, e di applicare indistintamente a tutti gli assistiti, il prezzo liberamente praticato ed esposto in modo chiaro e leggibile;
- garantire un'adeguata gestione dei prodotti senza glutine del Registro Nazionale, nel rispetto delle vigenti normative in materia;
- dispensare i prodotti utilizzando il budget assegnato mensilmente a ciascun assistito celiaco dalla ASP di competenza, esclusivamente per gli alimenti indicati nel Registro Nazionale, dietro presentazione da parte dell'assistito della propria Tessera Sanitaria unitamente al Codice PIN celiachia personale;
- garantire l'integrazione del proprio software di cassa con il nuovo sistema regionale informatizzato Celiachi@_RL e la disponibilità di un lettore di smart card con tastierino numerico oppure POS;
- garantire la dovuta informazione agli assistiti (eventualmente anche attraverso l'allestimento di una specifica postazione da posizionarsi prima della cassa) e rendere disponibile, per la consultazione, l'ultimo aggiornamento del richiamato Registro Nazionale degli Alimenti, pubblicato nel sito internet del Ministero della Salute;
- trasmettere telematicamente ai fini del rimborso entro il 10 del mese successivo a quello di erogazione:
 - A) al sistema Celiachi@_RL il flusso di rendicontazione contenente il dettaglio di tutte le transazioni mensili (di tutte le erogazioni di alimenti per celiaci rimborsabili dal SSN effettuate dal primo all'ultimo giorno del mese);
 - B) alla ASP competente per territorio la fattura correlata al flusso di rendicontazione (fattura emessa nel rispetto delle Linee guida previste dal Ministero Economia e Finanza per il Nodo smistamento ordini - NSO);
- disporre di un certificato di firma digitale per la firma del flusso di rendicontazione da trasmettere;
- non effettuare concorsi, operazioni a premio e vendite sottocosto aventi ad oggetto i prodotti senza glutine dispensati con onere a carico del SSN;
- comunicare alla ASP competente per territorio ogni altra variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda di autorizzazione, ivi inclusa eventuale cessione d'azienda, cessazione dell'attività commerciale, rinuncia alla attività di dispensazione a carico del SSN dei prodotti in oggetto;
- garantire il rispetto della normativa in materia di privacy.

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

N° _____ Istituto _____
di _____ indirizzo _____ Filiale/agenzia _____
_____ intestato a _____
IBAN _____

**DICHIARA
da ultimo**

- di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente domanda;
- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo: a comprova, indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata data e ora di emissione _____ identificativo n. _____
- di aver apposto la marca da bollo tariffa vigente sulla presente domanda e di aver annullato la stessa.

Allega alla presente:

1. **Planimetria** dei locali 1/100, in originale in carta resa legale;
2. **Relazione tecnica**, in originale, ambedue sottoscritte da un professionista abilitato (con timbro e firma);
3. **Iscrizione CCIAA**, in originale, non antecedente sei mesi;
4. **Partita iva**;
5. **Autocertificazione**, ai sensi del D.P.R. 445/2000, resa dal sottoscritto (e da tutti gli eventuali soci), attestante di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in qualsiasi altra situazione equivalente e non trovarsi in situazione ostantive rispetto all'attività da svolgere ("Allegato 1");
6. **Autocertificazione**, ai sensi del D.P.R. 445/2000, resa dal sottoscritto (e da tutti gli eventuali soci), attestante di non trovarsi in una delle condizioni ostantive di cui alla legge n. 55/1990 e s.m.i. (autocertificazione antimafia). N.B. va resa anche da parte del tecnico abilitato, ove la tale figura sia prevista. ("Allegato 2");
7. **Autocertificazione**, ai sensi del D.P.R. 445/2000, resa dal sottoscritto (e da tutti gli eventuali soci), attestante che nei propri confronti non è stata pronunciata una sentenza di condanna passata in giudicato in ordine a reati attinenti allo svolgimento delle relative attività professionali (in caso contrario indicare le condanne subite). N.B. va resa anche da parte del tecnico abilitato, ove la tale figura sia prevista ("Allegato 3");
8. Copia di un documento di identità valido di tutti i sottoscrittori delle autocertificazioni sopra elencate;
9. Copia della **tessera sanitaria** di tutti i sottoscrittori delle autocertificazioni sopra elencate.

Il sottoscritto si impegna, altresì, ad acquisire tutte le autorizzazioni, pareri e/o nullaosta, occorrenti per la suddetta attività, la cui competenza al rilascio non è a carico dell'ASP di Trapani ma di altre Amministrazioni Pubbliche.

N.B. La richiesta e i documenti allegati devono essere trasmessi via PEC al seguente indirizzo: direzione.sanitaria@pec.asptrapani.it

Data _____

Timbro e Firma del titolare o Legale Rappresentante