

E p.c

- Al Direttore del Dipartimento del Farmaco
ASP di Trapani
- Al Direttore dell'UOC Affari Generali
ASP di Trapani
- Al Direttore del Dipartimento Cure Primarie
ASP di Trapani
- Al Direttore del Distretto di _____

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.

N.B. – Specificare in modo dettagliato i punti vendita per cui si richiede l'autorizzazione, che sarà unica per tutti i punti vendita indicati nella domanda. (D.A. n° 0627/2012)

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 dalla ASP di competenza presso:

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

**** aggiungere tutti i punti vendita per cui si richiede l'autorizzazione, a seguire:**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75- 76 de! D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti

DICHIARA

1. di essere in possesso della registrazione ex art. 6 comma 2 del Regolamento CE 854/04 rilasciato dal Distretto di _____ il _____ e del provvedimento autorizzatorio o abilitativo commerciale per l'attività di vendita di prodotti appartenenti al settore merceologico alimentare (riportare estremi completi del provvedimento di autorizzazione/Comunicazione/SCIA _____

_____ e di essere pertanto in possesso dei relativi requisiti di legge;

2. 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 _____;

3. 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

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/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

5. di aver accertato presso ARIA S.p.a la compatibilità de! proprio software di erogazione con il sistema Celiachi@_RL.

DICHIARA

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 sotto costo 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 Credito/Bancoposta _____
 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 sulla presente domanda e di aver annullato la stessa.

Allega alla presente :

- ☐ **Planimetria** dei locali 1/100, in originale in carta resa legale;
- ☐ **Relazione tecnica**, in originale, ambedue sottoscritte da un professionista abilitato (con timbro e firma);
- ☐ **Iscrizione CCIAA**, in originale, non antecedente sei mesi;
- ☐ **Partita iva**;
- ☐ **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 ostative rispetto all'attività da svolgere. "Allegato 1";
- ☐ **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 ostative 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"
- ☐ **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";
- ☐ Copia di un documento di identità valido di tutti i sottoscrittori delle autocertificazioni sopra elencate;
- ☐ 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 ma di altre Amministrazioni Pubbliche.

Lì _____

 Timbro e Firma del titolare o legale rappresentante

L'istanza può essere:

a) consegnata in originale cartaceo al Protocollo Generale dell'ASP di Trapani, OPPURE inviata via PEC a

Direzione.sanitaria@pec.asptrapani.it

b) inviata per Posta Elettronica a: dipartimento.farmaco@asptrapani.it richiedendo il protocollo di accettazione