MODULO 12 – Convenzione con la ASP di Enna per la fornitura a carico del SSN di alimenti senza glutine inclusi nel Registro Nazionale degli Alimenti a favore di soggetti celiaci

**MARCA DA BOLLO**

**Tariffa vigente**

**Al Direttore Generale**

**ASP ENNA**

**Viale A. Diaz, n. 7**

**94100 ENNA**

**Al Direttore della**

**della UOC Farmacia Territoriale**

**PEC:** [**protocollo.generale@pec.asp.enna.it**](mailto:protocollo.generale@pec.asp.enna.it)

OGGETTO: Convenzione con la ASP di Enna per la **fornitura a carico del SSN di alimenti senza glutine inclusi nel Registro Nazionale degli Alimenti a favore di soggetti celiaci**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in (indicare l’indirizzo completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto al registro delle Imprese n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso la C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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, presso:

l’esercizio commerciale denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ubicato nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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**

1. di essere in possesso del provvedimento autorizzatorio o abilitativo commerciale per l’attività di vendita di prodotti appartenenti al settore merceologico alimentare (riportare estremi provvedimento di autorizzazione/Comunicazione/DIA/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 sì, 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 è il sig./sig.ra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**DICHIARA altresì**

di accettare ed impegnarsi al rispetto delle seguenti condizioni:

- garantire la dispensazione, a carico del SSN, dei prodotti senza glutine limitatamente, al budget assegnato mensilmente a ciascun assistito celiaco dalla ASP di competenza, e ai prodotti inclusi nel Registro Nazionale degli Alimenti destinati ad una Alimentazione Particolare, di cui all’art. 7 del DM 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 senza effettuare concorsi, operazioni a premio e vendite sotto costo aventi ad oggetto i prodotti senza glutine dispensati con oneri a carico del SSN;

- disponga di tutto ciò che risulti necessario per la gestione informatizzata delle forniture autorizzate e caricate sul portale informatico, attualmente in uso presso l’ASP di Enna, nonché per la gestione della fatturazione elettronica tramite NSO;

- presenti le pratiche, ai fini del rimborso, entro il 10 del mese successivo a quello di erogazione (o comunque entro un limite massimo di un anno dalla data di erogazione), complete dei fustelli dei prodotti consegnati al singolo assistito;

- garantisca un’adeguata gestione dei prodotti senza glutine del Registro Nazionale, nel rispetto delle vigenti normative in materia;

- garantisca il rispetto della normativa in materia di privacy;

- comunichi ogni altra variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda di autorizzazione, ivi inclusa eventuale cessione d’azienda, cessazione dell’attività commerciale, rinuncia alla fornitura a carico del SSN dei prodotti in oggetto.

Alla presente allega i seguenti documenti:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del titolare/legale rappresentante della ditta/società;

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del responsabile di cui al punto 4.

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Titolare/Direttore/Legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA BENE:

L’istanza può essere:

a) consegnata in originale cartaceo al Protocollo Generale dell’ASP di Enna, con sede in viale A. Diaz n. 7;

b) spedita a mezzo posta ordinaria e può essere anticipata via Posta Elettronica Certificata, al seguente indirizzo **PEC:** **protocollo.generale@pec.asp.enna.it**