



MODELLO DI DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE
PER LA DISPENSAZIONE, CON ONERE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE,
DEGLI ALIMENTI SENZA GLUTINE DI CUI AL REGISTRO NAZIONALE DEGLI ALIMENTI

da trasmettere tramite PEC

Applicare

MARCA DA BOLLO

(€16,00) secondo le vigenti disposizioni in materia

Al Direttore Generale

Azienda ULSS n.

e p.c.

Al Comune di.....

OGGETTO: domanda 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/Partita IVA.....

Iscritto al registro delle Imprese n. presso la C.C.I.A.A. di

Telefono.....cell.....Fax.....

indirizzo e-mail.....

indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda.....



13329e5d



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 AULSS di competenza presso:

l'esercizio commerciale denominato "....."

ubicato nel Comune di () via..... CAP.....

tel..... fax.....

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

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'AULSS 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 e-mail/fax a cui devono essere inviate le suddette segnalazioni



13329e5d



5. di aver accertato presso ARIA S.p.a la compatibilità del 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 AULSS 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:
 - 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);
 - alla AULSS 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 una Tessera TS-CNS in cui sia stato attivato il relativo certificato di autenticazione per accedere al portale SMAF;
- 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 AULSS 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.c/c _____ Istituto _____ di _____



13329e5d



Credito/Bancoposta _____ indirizzo _____
filiale/agenzia _____
Intestato a _____
IBAN _____

DICHARA 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 di € 16,00: 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.

Firma del titolare o legale rappresentante

li,

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.



13329e5d

