



Allegato A1 al Decreto n. 62 del 1 marzo 2011 pag. 1/5

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

(L.R. 7 novembre 2008 n. 15, Deliberazione della Giunta Regionale n. 2712 del 16 novembre 2010)
Decreto Dirigente Direzione Regionale Attuazione Programmazione Sanitaria n. _____ del _____)

(Marca da bollo € 14.62)

Al Direttore Generale
Azienda ULSS N.

E, p.c.

Al Comune di.....

Alla Regione del Veneto
Direzione Attuazione
Programmazione Sanitaria
S. Polo, 2514
30125 VENEZIA

OGGETTO: richiesta di autorizzazione per la dispensazione, con onere a carico del Servizio Sanitario, 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.....

iscritta al Registro Imprese n. _____ presso la C.C.I.A.A. di _____

CHIEDE

- di essere autorizzato alla dispensazione, con onere a carico del Servizio Sanitario, 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, su presentazione dei buoni acquisto rilasciati dall'Azienda ULSS dell'assistito.

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 legge regionale vigente in materia di commercio:

☐ *esercizio di vicinato*

☐ *media struttura di vendita*

☐ *grande struttura di vendita*

Ubicato nel Comune di _____

via _____ Provincia _____

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/DIA/SCIA) _____

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

3. * di essere in possesso del codice identificativo univoco rilasciato dal Ministero della Salute (*per gli esercizi commerciali di cui all'art. 5 della L. 248/2006*) **SI** ☐ **NO** ☐ ;

4.* di garantire la presenza durante l'intero arco di apertura dell'esercizio commerciale di almeno uno dei referente/i dell'attività di gestione e dispensazione dei prodotti in oggetto, di seguito individuati: sig./sig.ra/i/e _____

5. * Che il responsabile dell'esecuzione di eventuali provvedimenti di ritiro/sospensione dal commercio o sequestro dei prodotti in oggetto, comunicati dall'Azienda ULSS 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 altresì

di accettare ed impegnarsi al rispetto delle seguenti condizioni:

- garantire la dispensazione, a carico del Servizio Sanitario, 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, applicando indistintamente a tutti gli assistiti, il prezzo liberamente praticato, 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 in oggetto su presentazione da parte degli assistiti, dei buoni acquisto rilasciati dalla Azienda ULSS, relativi al mese in corso di validità, riportando sui medesimi il timbro dell'esercizio commerciale, la data e le fustelle a lettura ottica presenti sulle confezioni dispensate;

(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,
- ☐ 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, disponibile nel sito Internet del Ministero della Salute;
- assicurare che il buono o, nel caso di utilizzo simultaneo di più buoni, la somma dei buoni venga spesa per importi uguali o inferiori. L'utilizzo del buono/dei buoni 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 riportato negli stessi;

- presentare, ai fini del rimborso, all'Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito, entro il giorno 5 del mese, la fatturazione del corrispettivo dei prodotti dispensati, unitamente ai buoni acquisto riportanti le fustelle a lettura ottica presenti sulle confezioni dei prodotti erogati, nel rispetto delle seguenti modalità:
 - elencazione analitica dei prodotti dispensati, con l'indicazione del rispettivo prezzo;
 - importo fatturato corrispondente ai dati analiticamente riportati nella fattura;
 - inoltro delle fatture entro e non oltre 12 mesi dal mese di riferimento dei buoni utilizzati.

Tale condizione deve risultare soddisfatta anche nel caso di fattura relativa al corrispettivo di buoni di mesi diversi, (il computo di tale termine decorre dal mese cronologicamente anteriore) dando atto che non verranno rimborsati prodotti dispensati mediante buoni riportanti data anteriore ai 12 mesi;
- non effettuare concorsi, operazioni a premio e vendite sotto costo aventi ad oggetto i prodotti senza glutine dispensati con onere a carico del Servizio Sanitario;
- 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;
- comunicare all'Azienda ULSS competente per territorio ogni altra variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente dichiarazione, ivi inclusa eventuale cessione d'azienda, cessazione dell'attività commerciale, rinuncia alla attività di dispensazione a carico del Servizio Sanitario dei prodotti in oggetto.

Ai fini del rimborso, chiede l'accredito mediante bonifico in c/c bancario/bancoposta
 N.c/c _____ Istituto _____ di
 Credito/Bancoposta _____ 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 del titolare o legale rappresentante

lì,

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 5.

* nel caso di ditta/società titolare di più punti vendita, i punti 1, 2, 3, 4, 5 devono essere compilati per ciascun punto vendita