

MODELLO FAC-SIMILE

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE
PER L'EROGAZIONE, CON ONERE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE,
DEGLI ALIMENTI SENZA GLUTINE DI CUI AL REGISTRO NAZIONALE DEGLI ALIMENTI**

Al Direttore Generale

Azienda USL Umbria n. 2

Dipartimento Assistenza Farmaceutica e Patologia
Clinica

PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

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 _____ indirizzo pec _____ e-mail _____

CHIEDE

- di essere autorizzato ad erogare, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, i prodotti senza glutine del Registro Nazionale degli Alimenti di cui all'art. 7 del DM 8 giugno 2001, come modificato dal DM 17 maggio 2016, a favore delle persone affette da celiachia, su presentazione dei buoni in formato elettronico rilasciati dall'Azienda USL agli assistiti aventi diritto.

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 normativa vigente in materia di commercio:

- esercizio di vicinato*
- media struttura di vendita*
- grande struttura di vendita*

Ubicato nel Comune di _____ via _____
n. _____ Provincia _____ CAP _____,

- 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) _____

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

3.* di garantire la presenza durante l'intero arco di apertura dell'esercizio commerciale di almeno uno dei referente/i dell'attività di gestione ed erogazione dei prodotti in oggetto, in possesso di formazione specifica, di seguito individuati:

sig./sig.ra/i/e_____

4.* Che il responsabile dell'esecuzione di eventuali provvedimenti di ritiro/sospensione dal commercio o sequestro dei prodotti in oggetto, comunicati dall'Azienda USL o da altra Autorità competente è il sig./sig.ra ____ (*specificare un solo nominativo*)

A tale riguardo specifica il seguente recapito mail, qualora diverso da quello sopra riportato, a cui devono essere inviate le suddette segnalazioni _____

DICHIARA altresì

di accettare ed impegnarsi al rispetto delle seguenti condizioni:

- garantire l'erogazione, a carico del SSN, dei prodotti senza glutine limitatamente a quelli inclusi nel Registro Nazionale di cui all'art. 7 del D.M. 8 giugno 2001, come modificato dal DM 17 maggio 2016, applicando al SSN uno sconto almeno del 7% sul prezzo di vendita al pubblico, che deve essere esposto in modo chiaro e leggibile per consentire agli assistiti di valutarne la convenienza rispetto al tetto di spesa mensile stabilito dalla normativa vigente;
- garantire un'adeguata gestione dei prodotti senza glutine del Registro Nazionale, compresi i surgelati qualora detenuti, nel rispetto delle vigenti normative in materia;
- erogare i prodotti in oggetto su presentazione, da parte degli assistiti, dei buoni in formato elettronico rilasciati dalla Azienda USL, relativi al mese in corso di validità;

(*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, nonché assicurare uno spazio dedicato all'esposizione di tali prodotti;
- 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, pubblicato nel sito Internet del Ministero della Salute, nonché assicurare uno spazio dedicato all'esposizione di tali prodotti;
- assicurare che il buono in formato elettronico venga speso per importi uguali o inferiori. L'utilizzo del buono per importi inferiori non dà diritto a resti, fermo restando che rimane a carico dell'utente l'eventuale differenza in eccesso rispetto al valore del buono stesso;
- accettare unicamente buoni presentati nell'arco del mese di validità riportato negli stessi;
- presentare, ai fini del rimborso, alla Azienda USL, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di erogazione, la fatturazione elettronica del corrispettivo dei prodotti erogati, in ottemperanza a quanto disposto dal Decreto del MEF del 07/12/2018 così come modificato ed integrato dal Decreto del MEF del 27/12/2019, unitamente a documentazione in formato .pdf da allegare alla fattura elettronica recante le seguenti informazioni:
 - elencazione numerica progressiva di ciascun buono elettronico erogato, identificato con numero del movimento e data di erogazione;

- dettaglio analitico di ciascun buono con elencazione dei prodotti erogati, numero pezzi, prezzo al pubblico, sconto praticato, aliquota IVA, importo lordo totale posto a rimborso di ciascun prodotto, oltre che numero complessivo delle confezioni erogate e importo totale posto a rimborso per ciascun buono,
- numero complessivo dei buoni elettronici erogati, importo imponibile complessivo per ciascuna aliquota iva praticata oltre che importo e aliquota dell'iva stessa, riepilogo complessivo della fattura con indicato importo lordo, totale imponibile e totale iva;
- fornire alla Azienda USL, contestualmente alla fatturazione mensile, i dati quali-quantitativi dei moduli spediti, secondo il tracciato informatico vigente;
- 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;
- non effettuare concorsi, operazioni a premio e vendite sotto costo aventi ad oggetto i prodotti senza glutine erogati con onere a carico del SSN.

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

N.c/c _____
 Istituto di _____
 Credito _____
 _____ 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, ai sensi del D. Lgs. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta.

 Firma e timbro del titolare o legale rappresentante

lì,

Alla presente allego 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.

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