

**FAC – SIMILE DI ISTANZA
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI
ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000**

(Marca da bollo € 14.62)

Al **Direttore Area Vasta**
n. _____ di _____

E, p.c. Al Comune di _____

**Alla Regione Marche
Dipartimento per la Salute
e per i Servizi Sociali**

Oggetto: progetto sperimentale per la fornitura di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare da parte di esercizi commerciali diversi dalle farmacie convenzionate.

Il sottoscritto _____, nato il _____

a _____ prov. _____, residente in via _____ n. _____

a _____ prov. _____, titolare o legale rappresentante/Amministratore

Delegato della scrivente Azienda/Ditta _____ con sede in _____

_____ prov. _____, iscritta alla Camera di Commercio _____

partita IVA _____, in riferimento alla deliberazione della Giunta Regionale Regione Marche, n. 635 del 29/04/2013 avente ad oggetto: "DGRM n. 1232/2010 – Progetto sperimentale per la fornitura di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare da parte di esercizi commerciali diversi dalle farmacie convenzionate",

CHIEDE

di essere autorizzato a fornire a carico del Servizio Sanitario Regionale prodotti destinati ad una alimentazione particolare .

A tal fine, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75 e 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 _____

2. di essere iscritto al registro delle imprese della CCIAA di _____ al n° _____
in qualità di _____

- che il numero di Partita IVA è....., attribuito in data*;
- che il proprio codice aziendale rilasciato dall'Azienda Sanitaria è:*;

- che l'esercizio commerciale rientra nella fattispecie di cui all'art. 5 della L. 248/2006 **SI** **NO**
 ;

3. * di essere in possesso del provvedimento autorizzativo 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;

4. * 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** ;

5. * 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 _____

6. * Che il responsabile dell'esecuzione di eventuali provvedimenti di ritiro/sospensione dal commercio o sequestro dei prodotti in oggetto, comunicati dall'ASUR 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:

- a) garantire la dispensazione, a carico del Servizio Sanitario, dei prodotti destinati ad alimentazione 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;
- b) garantire un'adeguata gestione dei prodotti del Registro Nazionale nel rispetto delle vigenti normative in materia;
- c) dispensare i prodotti per alimentazione di cui al suddetto Registro Nazionale per cui è la presente dichiarazione, su presentazione da parte degli assistiti, delle ricette/moduli rilasciati dall'Azienda Sanitaria, 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)

- d) *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,
- e) *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;
- f) assicurare, nell'ambito della dispensazione per medesima tipologia merceologica, che tanto nel caso di utilizzo di una sola ricetta/modulo che di più ricette/moduli l'importo di spesa sia contenuto nel limite inferiore uguale alla sommatoria dell'importo/importi di cui alla ricetta-e/modulo – i. L'utilizzo della ricetta/modulo per importi inferiori non dà diritto a resti, fermo restando che rimane a carico dell'utente l'eventuale differenza in eccesso rispetto al valore della ricetta/modulo;
- g) presentare, ai fini del rimborso, utilizzando la modulistica, le procedure e le relative tempistiche per la consegna delle fatture mensili e delle ricette/moduli, all'Azienda Sanitaria di appartenenza dell'assistito, entro il giorno 10 del mese successivo alla spedizione, la fatturazione del corrispettivo dei prodotti dispensati, 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 delle ricette/moduli.

Tale condizione deve risultare soddisfatta anche nel caso di fattura relativa al corrispettivo di ricette/moduli di mesi diversi, (il computo di tale termine decorre dal mese cronologicamente anteriore) dando atto che non verranno rimborsati prodotti dispensati mediante ricette/moduli riportanti data anteriore ai 12 mesi;

- h) 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;

- i) 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;
- j) comunicare all'ASUR – Area Vasta 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;
- k) obbligarsi con la formulazione e sottoscrizione della presente dichiarazione:
- a dispensare tutti i prodotti di tutte le tipologie rientranti nella categoria di cui alla presente richiesta ed è consapevole che in caso di inadempienze l'autorizzazione gli potrà essere immediatamente revocata;
 - a garantire il flusso dati per il monitoraggio al Servizio Sanitario Regionale utilizzando il tracciato già predisposto dal Dipartimento Salute della Regione Marche nonché le immagini delle ricette/moduli (scannerizzate) su supporto fisico, senza oneri per il S.S.R. ed è consapevole che tale debito informativo è essenziale per il pagamento della prestazione erogata;
 - a provvedere a tutti gli adempimenti ed obblighi previsti attualmente, dalle vigenti disposizioni di cui normativa statale e regionale per le farmacie convenzionate per quanto ad esse applicabili;
- l) di avere piena conoscenza che le seguenti ipotesi danno luogo ad immediato provvedimento di revoca dell'autorizzazione da parte dell'ASUR – Area Vasta competente per territorio:
- frode nella fornitura;
 - perdita dei requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività di vendita del settore misto/alimentare e/o cessione d'azienda, cessazione dell'attività commerciale, rinuncia alla attività di dispensazione a carico del Servizio Sanitario dei prodotti in oggetto;
 - grave e reiterata negligenza in ordine alle condizioni generali inerenti la gestione, conservazione e dispensazione dei prodotti, nonché mancato reiterato rispetto degli adempimenti previsti dalla disciplina regionale, che abbiano determinato almeno due contestazioni scritte da parte dell'ASUR – Area Vasta di competenza con raccomandata A/R;
 - mancato rispetto degli impegni assunti con la presente dichiarazione e di cui alle lettere a), b), c), d), e), f), g), h), i), j), k) sopra riportate;
 - revoca del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 21 – quinquies della Legge n. 241/90 ss.mm.ii.;
- m) di essere a conoscenza di tutte disposizioni nazionali e regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta;
- n) di essere disponibile ad applicare uno sconto aggiuntivo rispetto a quanto stabilito nella D.G.R. Marche n. 94/2010, pari al _____ % da scontare in sede di fatturazione all'ASUR Marche.

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

N.c/c _____ Istituto

di credito/postale _____ 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).

Luogo _____ data _____

Firma del legale rappresentante

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 6.

* nel caso di ditta/società titolare di più punti vendita, i punti 1, 3, 4, 5, 6, devono essere compilati per ciascun punto vendita;

n.b. il modulo va sottoscritto in calce e siglato e timbrato su ogni pagina.