



Azienda Sanitaria Provinciale - Crotonese
Ufficio Affari Generali
Segreteria Generale
Registro Pubblicazioni Atti
N° 06 del 04 FEB. 2014

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Valter COSENTINO

D.C.T.A.A.D.

Avviso pubblico per partecipare alla erogazione di prodotti privi di glutine a favore dei soggetti affetti da malattia celiaca.

Vista la delibera della G.R. Regione Calabria n. 230 del 27/06/2013 e successiva delibera n. 509 del 30/12/2013 "art.3 c.2 L.R. n.47/2012: nuove procedure per l'erogazione a carico del SSR dei prodotti privi di glutine a favore dei soggetti affetti da malattia celiaca residenti nella regione Calabria"

SI RENDE NOTO

Che l'ASP di Crotonese, avvalendosi della normativa attualmente in vigore, intende procedere alla stipula di convenzione con gli esercenti commerciali che garantiranno l'erogazione, per conto del Servizio Sanitario Regionale, dei prodotti privi di glutine a favore dei soggetti affetti da malattia celiaca, residente nella Regione Calabria.

I prodotti privi di glutine erogabili a carico del Servizio Sanitario della Regione Calabria sono quelli inclusi nella sezione celiachia del registro Nazionale di cui all'art. 7 del D.M. 08/ giugno 2001 e successivamente confermati dal D.M. 04 maggio 2006. L'elenco è consultabile on line nell'apposita sezione del sito del Ministero della Salute: www.salute.gov.it ed è suscettibile a periodici aggiornamenti.

La stipula della convenzione è subordinata all'esito positivo dell'esame della completezza della domanda prodotta e del possesso dei requisiti richiesti.

1. Requisiti per la partecipazione:

Possono presentare domanda gli Esercizi Commerciali autorizzati all'attività di commercio nel settore merceologico alimentare (D.L.vo 114/98) in possesso della registrazione sanitaria di cui al Reg. CE 852/04 iscritti nel registro delle imprese ed operanti nel territorio Regionale.

2. Documentazione:

Al fine della stipula della convenzione i partecipanti debbono presentare, a pena di esclusione, domanda, con allegata fotocopia di valido documento di riconoscimento, debitamente sottoscritto dal titolare dell'esercizio commerciale redatta secondo il fac-simile allegato al presente Avviso (All.1) e dichiarazione sostitutiva (All. Ibis).

La domanda di partecipazione e la relativa documentazione devono essere presentate presso l'ufficio Protocollo Generale dell' ASP di Crotonese, oppure mediante raccomandata A/R (fa fede il timbro postale di accettazione) entro il termine di 15(quindici) giorni da quello successivo alla pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale www.asp.crotone.it al seguente indirizzo:

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotonese

Via M. Nicoletta, snc, Centro Direzionale "Il Granaio" - 88900 Crotona
Scaduti i termini di presentazione delle domande l'ufficio Competente, entro 30 giorni, valuterà le istanze ed i requisiti richiesti ed autorizza, con apposita convenzione (fac-simile all.2), la Ditta richiedente inserendola nell'elenco dei servizi commerciali aderenti alla erogazione dei prodotti senza glutine a carico del SSR, assegnandole un codice identificativo.

Detto elenco sarà pubblicato sul sito web aziendale.

Per qualsiasi altra notizia, non espressamente prevista nel presente avviso, si fa riferimento alla delibera Giunta Regione Calabria n.230 del 27/06/2013 e successiva n. 509 del 30/12/2013, nonché alla normativa nazionale vigente in materia.

Il Direttore del Dipartimento C.T.A.A.D.(ff)
Dott.ssa Angela Caligiuri



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

(Deliberazione della Giunta Regionale n. _____ del _____)

Al Direttore Generale
ASP.....

OGGETTO: richiesta di convenzione per l'erogazione, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, 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 _____

CHIEDE

- di essere autorizzato ad erogare, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, i prodotti senza glutine del Registro Nazionale degli Alimenti di cui all'art. 7 del DM 8 giugno 2001, a favore delle persone affette da celiachia, su presentazione dei buoni spesa rilasciati dall'Azienda Sanitaria Provinciale 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:

- o *esercizio di vicinato*
- o *media struttura di vendita*
- o *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 i SI i NO

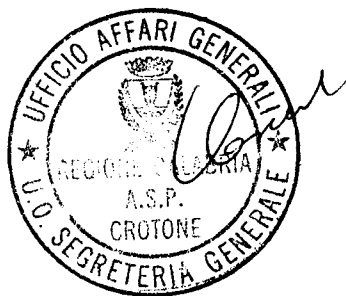
2. * di essere in possesso del provvedimento autorizzatorio o abilitativo commerciale per l'attività di vendita di prodotti appartenenti al settore merceologico alimentare/misto (riportare estremi provvedimento/comunicazione) _____

della registrazione sanitaria Reg. CE 852/04 _____ 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'ASP 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 l'erogazione, a carico del SSR, dei prodotti senza glutine limitatamente a quelli inclusi nel Registro Nazionale di cui all'art. 7 del D.M. 8 giugno 2001, applicando al SSR uno sconto almeno del 10% 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 spesa rilasciati dalla Azienda Sanitaria Provinciale, relativi al mese in corso di validità, verificando e garantendo la corretta e chiara compilazione dei moduli in ogni parte, secondo le direttive regionali, e riportando sui medesimi il timbro dell'esercizio commerciale, la data di erogazione, gli scontrini e le fustelle a lettura ottica presenti sulle confezioni erogate;

(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 o, nel caso di utilizzo simultaneo di più buoni, la somma dei buoni, venga spesa per importi uguali o superiori. L'utilizzo del buono/i 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 di validità riportato negli stessi;

presentare, ai fini del rimborso, alla Azienda Sanitaria Provinciale, la fatturazione del corrispettivo dei prodotti erogati, unitamente ai buoni riportanti le fustelle a lettura ottica presenti sulle confezioni dei prodotti erogati e scontrini, nel rispetto delle seguenti modalità:

- elencazione analitica dei prodotti erogati, con l'indicazione del rispettivo prezzo al pubblico, sconto praticato, aliquota IVA applicata;

- importo fatturato corrispondente ai dati analiticamente riportati nella fattura;

- inoltro delle fatture entro e non oltre 12 mesi dal mese di riferimento dei moduli utilizzati, prendendo atto che non verranno rimborsati prodotti erogati mediante moduli riportanti data anteriore ai 12 mesi;

fornire alla ASP, contestualmente alla fatturazione mensile, i dati quali-quantitativi dei moduli spediti, secondo un tracciato informatico stabilito;

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 SSR.

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 (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 e timbro del titolare o legale rappresentante

li.

Alla presente allega i seguenti documenti:

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

2 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

3 autocertificazione



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il sottoscritto (*nome e cognome*), nato il _____ a _____, in proprio e quale legale rappresentante della *:(riportare denominazione del soggetto richiedente)*, con sede in *(riportare indirizzo sede legale)*, in relazione alla richiesta di convenzione per l'erogazione a carico del SSR di alimenti per celiaci" (DGR),

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
- che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- *nel caso di soggetti privati*: di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

- *nel caso di soggetti privati*: di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;
- *per le cooperative*: di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa

Data,

FIRMA

Legale Rappresentante

(Allegare copia documento di identità)

