Modulo 24

Al SERVIZIO FARMACEUTICO

ATS della VAL PADANA

Oggetto: richiesta di autorizzazione per l’erogazione di prodotti dietetici per celiaci in regime di SSR

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - P.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

il rilascio di autorizzazione per l’erogazione di prodotti dietetici privi di glutine (per celiaci) in regime di SSR.

A tal fine dichiara:

* di svolgere attività di vendita al pubblico;
* di essere iscritto presso la Camera di Commercio di Mantova al registro delle Imprese (n. Rea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* di essere in possesso di autorizzazione SCIA n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver preso visione della procedura della vendita degli alimenti senza glutine a carico del SSR (del. n.316/2007), della DGR n. IX/4490 del 13/12/2012;
* di utilizzare un software integrato con il Sistema Regionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare quale);
* di aderire ai requisiti del processo dematerializzato, con l’adozione di documenti contabili di cassa certificati e riscontrabili tramite la correlazione con la singola transazione autorizzata dal sistema;
* di adottare un processo di distribuzione tecnicamente aderente a quanto previsto dal progetto: lettura della Smartcard, in particolare del numero seriale, e digitazione del Codice celiachia;
* di aver riservato all’interno dell’area di vendita, spazi, scaffali e frigoriferi, come risulta dalla planimetria (datata e firmata dal tecnico), per la vendita dei prodotti di cui si chiede l’autorizzazione;
* di garantire entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento, l’invio del flusso di rendicontazione mensile firmato digitalmente previsto da Regione Lombardia al sistema S.M.A.F., secondo il tracciato record previsto, e contestuale invio della fattura elettronica all’ATS della VAL PADANA al fine di dare seguito al rimborso;
* di essere a conoscenza che danno luogo a mancata validazione i prodotti non presenti nel Registro del Ministero della Salute, i codici scontrini e i codici di autorizzazione non riconciliati con quanto registrato a sistema al momento dell’erogazione;
* che le somme che avranno superato positivamente il processo di validazione e controllo del flusso di rendicontazione mensile, potranno essere liquidate (entro 60 gg dal ricevimento della fattura elettronica) sul conto corrente bancario/postale intestato alla ditta sopra indicata:

Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iban: IT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- che i riferimenti sono i seguenti:

nominativo del referente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Posta Ordinaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

* dichiarazione sostitutiva di certificazione (art.46 D.P.R. 445/2000) dei carichi pendenti e antimafia;
* copia del documento di identità del titolare/legale rappresentante in corso di validità e codice fiscale;
* copia della Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) o precedente documento autorizzativo;
* visura camerale della società;
* copia della planimetria con l’individuazione dell’area di vendita, spazi, scaffali e frigoriferi, datata timbrata e firmata dal tecnico abilitato.

Luogo e data Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_