

Allegato "A"

AVVISO PUBBLICO

Manifestazione d'interesse rivolta a tutti gli operatori economici aventi idonei requisiti per la dispensazione di prodotti dietetici senza glutine e di prodotti dietetici aproteici per nefropatici.

Il presente avviso viene pubblicato al fine di individuare, nel rispetto dei principi di non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità e trasparenza, gli operatori economici interessati alla dispensazione di prodotti dietetici senza glutine e di prodotti dietetici aproteici per nefropatici.

ESERCIZI COMMERCIALI

Gli esercizi commerciali, autorizzati all'attività di commercio nel settore merceologico alimentare, in possesso della registrazione sanitaria secondo le norme vigenti in materia, iscritti nel registro delle imprese ed operanti nel territorio Regionale, che intendono aderire all'avvio di accettazione e rimborso dei buoni di spesa di prodotti dietetici senza glutine e di prodotti dietetici aproteici per nefropatici, devono inoltrare richiesta alla U.O.C. Affari Generali e Legali dell'Asl n.1, sottoscrivendo l'istanza e l'autocertificazione di cui al modulo "Allegato 1" che potrà essere restituito tramite Pec: protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it o consegna a mano presso gli Uffici Protocollo dell'Asl n.1 o tramite Racc. A/R. Nella richiesta il titolare dell'esercizio commerciale dovrà specificare, in modo dettagliato, i punti vendita per cui richiede l'attivazione della convenzione. Detta convenzione deve essere unica per tutti i punti vendita indicati nella domanda e presenti nel territorio Regionale. Ricevuta l'istanza e valutati i requisiti richiesti, l'Ufficio competente predispone apposita convenzione.

Nella Convenzione devono essere esplicitati i doveri dell'esercente, le modalità di accettazione, trasmissione e rimborso dei buoni, nonché gli elementi di risoluzione del contratto.

Le Farmacie sono esentate dalla richiesta, rientrando nel sistema di autorizzazione e convenzione già in uso per l'erogazione dei farmaci a carico



del SSR.

ACCETTAZIONE DEI BUONI SPESA

Le Farmacie e gli altri servizi commerciali convenzionati con la Asl n.1, incluse le parafarmacie accettano i buoni emessi dall'Ufficio competente dell'Asl n.1 e presentati dai cittadini, finalizzati esclusivamente all'acquisto di alimenti privi di glutine e/o prodotti dietetici aproteici inclusi nel Registro nazionale degli alimenti del Ministero della Salute. Il buono, deve riportare sempre in maniera leggibile e in originale, data, timbro nome e firma del Responsabile dell'Ufficio di emissione.

Il Buono di spesa è rimborsato dalla Asl n.1 erogatrice attraverso il Servizio Farmaceutico. Le farmacie e gli esercizi commerciali inviano mensilmente i buoni, ai fini del rimborso.

PUBBLICITA' DEL PRESENTE AVVISO

Il presente avviso e i relativi allegati sono disponibili per l'accesso libero, sul sito internet Aziendale, nell'apposita sezione "*Trasparenza/Bandi di Gara e Contratti*".

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali forniti e raccolti in occasione del presente procedimento verranno utilizzati esclusivamente in funzione e per fini conseguenti agli adempimenti richiesti dal presente avviso ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e Dlgs 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018.

Il Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali
(Dott. Stefano Di Rocco)

ALLEGATO N.1

**MODELLO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE
PER LA DISPENSAZIONE, CON ONERE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO,
DI PRODOTTI DIETETICI SENZA GLUTINE E/O DI PRODOTTI DIETETICI APROTEICI PER
NEFROPATICI**

Spett.le ASL N. 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila
U.O.C. Affari Generali e Legali
Via Saragat snc (Loc. Pile
67100 L'Aquila
PEC: protocollo generale@pec.asl1abruzzo.it
(inviare da una casella di posta elettronica certificata)

OGGETTO: richiesta di autorizzazione per la dispensazione, con onere a carico del Servizio Sanitario, di prodotti dietetici senza glutine e/o di prodotti dietetici aproteici per nefropatici.

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.....pec:.....

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, di prodotti dietetici senza glutine e/o di prodotti dietetici aproteici per nefropatici, a favore di soggetti aventi diritto, su presentazione dei buoni acquisto rilasciati dall'Asl n.1.

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

ai sensi degli artt. 46 e 47 del succitato decreto:

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 email/pec _____

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 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 _____

4.* che il responsabile dell'esecuzione di eventuali provvedimenti di ritiro/sospensione dal commercio o sequestro dei prodotti in oggetto, comunicati dall'Asl n.1 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, di prodotti dietetici senza glutine e/o di prodotti dietetici aproteici per nefropatici 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 in oggetto, nel rispetto delle vigenti normative in materia;
- dispensare i prodotti in oggetto su presentazione da parte degli assistiti, dei buoni acquisto rilasciati dalla Asl n.1, 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 non può avvenire per importi inferiori e, pertanto, non dà diritto a resti, fermo restando che rimane a carico dell'utente l'eventuale differenza in eccesso rispetto al valore dei buoni stessi;

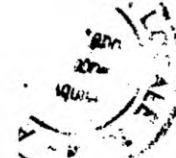
- accettare unicamente buoni presentati nell'arco del mese riportato negli stessi;

- presentare, ai fini del rimborso, all'Asl n.1 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 di cui all'oggetto 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'Asl n.1 ogni altra variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente dichiarazione, ivi inclusa eventuale cessione d'azienda, cessazione dell'attività commerciale, rinuncia all'attività di dispensazione a carico del Servizio Sanitario dei prodotti in oggetto, pena la revoca dell'autorizzazione stessa.

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 (Regolamento UE 2016/679 e Dlgs 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018.)

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

Firma del titolare o legale rappresentante

li, ...

Alla presente allega i seguenti documenti:

- SCIA rilasciata dal Comune di appartenenza;
- Planimetria del locale;
- Certificato rilasciato dalla Camera di Commercio di appartenenza dal quale si evinca la specifica autorizzazione alla vendita di prodotti alimentari (visura ordinaria);
- Codice fiscale del rappresentante legale;
- 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.

Il Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali
(Dott. Stefano Di Rocco)