**Sub-Allegato A/3“Procedura per la stipula di convenzione”**

**PROCEDURA PER LA STIPULA DI CONVENZIONI PER L’EROGAZIONE DI PRODOTTI ALIMENTARI PRIVI DI GLUTINE A PAZIENTI AFFETTI DA MORBO CELIACO PER CONTO DEL SSN FRA LE ASL DELLA REGIONE PIEMONTE E LE AZIENDE DEI CANALI DI VENDITA (Negozi Specializzati, Parafarmacie, GDO)**

1) DOMANDA

Il titolare o legale rappresentante dell’azienda dei negozi specializzati, parafarmacie o GDO che intende erogare prodotti dietetici senza glutine a carico del SSR, richiamando l’atto regionale dovrà inoltrare formale richiesta di convenzionamento presso la ASL territorialmente competente utilizzando il modulo del presente sub-allegato.

2) RICEZIONE E VALUTAZIONE DELLA DOMANDA

L’ASL verifica la documentazione e procede all’inserimento dei singoli punti di vendita nell’anagrafica Punti di Vendita del sistema celiachia, mentre sarà cura del fornitore stesso verificare sul sistema l’avvenuto inserimento dei punti di vendita in Anagrafica del sistema Celiachia.

La ASL di competenza territoriale dovrà dare comunicazione al negozio richiedente ed alla Regione dell’esito della richiesta, indicando il Foro competente per eventuali controversie che potranno insorgere tra l’Amministrazione e l’Azienda.

Inoltre, la ASL dovrà dare comunicazione dell’esito positivo della richiesta anche all'Assistenza CSI (supporto.salute@csi.it) mettendo in oggetto “Assistenza Celiachia”.

La Regione, avuta comunicazione dell’esito positivo, aggiornerà l’Elenco Regionale opportunamente predisposto che verrà pubblicato sul sito regionale e reso disponibile per tutte le ASL. Inoltre, darà comunicazione al CSI, affinché provveda all’inserimento del negozio nell’anagrafica Fornitori di Protes. L’inserimento nell’elenco regionale è il requisito per poter avviare le attività di erogazione dei prodotti secondo le disposizioni nazionali, regionali e di ASL attualmente vigenti.

***Modulo della domanda di convenzionamento***

Al Direttore Generale della ASL ………

e p.c. Al Settore Assistenza Farmaceutica

Integrativa e Protesica

Regione Piemonte

**OGGETTO: richiesta di convenzione per l'erogazione, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, di alimenti privi di glutine.**

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 ........................…… Cellulare .....................….… Fax........................…..........

mail ……………………………………............................................……………………........

riconducibile alla seguente fattispecie di cui alla normativa vigente in materia di commercio:

□ esercizio di vicinato

□ media struttura di vendita

□ grande struttura di vendita

**ai sensi delle attuali disposizioni regionali in materia, di cui alla DGR 41-7098 del 22.06.2018 e successive Determinazioni regionali attuative (DD xx del xx/xx/xxxx).**

**CHIEDE**

di essere autorizzato ad erogare, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, prodotti senza glutine del Registro Nazionale degli Alimenti senza glutine erogabili a carico del SSN.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, nella consapevolezza delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci e falsità negli atti ex art. 76 D.P.R. n° 445/2000, dichiara che:

1. non si trova in stato di liquidazione, fallimento, sospensione dell’attività commerciale, amministrazione controllata, concordato preventivo o qualsiasi altra situazione equivalente che non si è precedentemente trovata in analoga situazione, nonché non risulta in corso alcun procedimento per la dichiarazione di una delle suddette situazioni;
2. a carico dei propri amministratori non è stata emessa alcuna sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell’art. 444 del codice di procedura penale, per qualsiasi reato che incide sulla loro moralità professionale o per delitti finanziari;
3. nell’esercizio della propria attività professionale non è stato commesso un errore grave accertato con qualsiasi mezzo di prova addotto da un’amministrazione aggiudicatrice;
4. è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori, nonché con il pagamento delle imposte e delle tasse;
5. non si è resa gravemente colpevole di false dichiarazioni nel fornire informazioni relative alla capacità economica, finanziaria e tecnica, nonché all’iscrizione nei registri professionali in elenchi ufficiali dei prestatori di servizi;
6. non sussistono a suo carico ed a carico dei soggetti di cui all’art. 10 della L. 575/65 ed all’art. 4 del D. Lgs. 490/94 le cause interdittive ivi previste;
7. di essere in regola con la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili (L. 23.3.1999, n. 68);
8. non si trova in una situazione di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione secondo quanto prevede il D.L.vo n. 231/2001;
9. non si è avvalsa dei piani individuali di emersione previsti dalla legge n. 383/2001 oppure si è avvalsa dei piani di emersione previsti dalla legge n. 383/2001, dando però atto che gli stessi si sono conclusi.

Dichiara, inoltre, che l’impresa alimentare è registrata ai sensi del Reg. CE 852/04 come dai seguenti estremi di registrazione: ………………………………………, e si allega copia della Segnalazione Certificata di Inizio Attività (S.C.I.A.) o precedente documento autorizzativo.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente.

Il sottoscritto si impegna a dare piena attuazione del nuovo quadro regolatorio regionale per l’erogazione di prodotti dietetici senza glutine agli assistiti riconosciuti dal SSR affetti da celiachia, assicurando altresì il flusso dei dati di rendicontazione, previsto dalla Regione Piemonte, al fine di dar seguito al rimborso.

A tal fine dichiara, nel rispetto delle procedure regionali, che il suo punto commerciale utilizzerà:

□ modalità POS/lettore di Smart Card.

□ la Web application regionale.

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

……………………………………………………………………………………………………..

Istituto di Credito …………………………………………………………………………………

Indirizzo: …………………………………………………………………………………………..

filiale/agenzia: ……………………………………………………………………………………..

Intestato a: ………………………………………………………………………………………….

IBAN ………………………………………………………………………………………………..

In ultimo, con riferimento ai punti vendita che si vogliono abilitare all’erogazione di prodotti senza glutine rimborsati dal SSR, si provvede ad allegare il tracciato previsto nel “Sub-Allegato A/3BIS “Gestione\_AnagraficaPuntiVendita” contenente i dati identificativi e le delle informazioni richieste.

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 e GDPR 2016/679).

Firma e timbro del titolare o legale rappresentante

…………………………………………………………

..........................................lì,.....................