Al Direttore generale dell'ATS Sardegna
Al Diretore ASSL Lanusei
Al Direttore del Servizio AAGG e Legali della ASSL di Lanusei

OGGETTO: richiesta di proroga convenzione per la dispensazione, con onere a carico del Servizio Sanitario, degli alimenti senza glutine di cui al Registro Nazionale degli Alimenti.

Il sottoscritto Giampietro Carta nato a Lanusei il 19/02/1987 a Lanusei in qualità di titolare rappresentante della Ditta GE.MAT di Giampietro Carta & C. con sede legale in PIazza caduti del XXIII Aprile C.F 01343630927 P.IVA 01343630917 Telefono 3334894841 email giampietro.carta@outlook.com pec: gematsas@pec.it iscritta al registro delle imprese NU 94567 presso la CCIAA di Nuoro.

CHIEDE

-di essere autorizzato alla dispensazione, con onere a carico del servizio sanitario dei prodotti senza glutine del registro Nazionale degli Alimenti di cui all'art. 7 del DM 8 Giugno 2001, a favore dei soggetti celiaci aventi diritto, su presentazione dei buoni acquisto rilasciati dall'Azienda ASSL dell'assistito.
A tal fine, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penalipreviste e punite dagli art. 75-76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti.

DICHIARA

1) * di essere titolare /rappresentante legale dell'esercizio commerciale, riconducibile alla seguente fattispecie di cui alla legge regionale vigente in materia di commercio:

- esercizio di vicinato

Ubicato nel comune di Tortolì via Cambosu snc, provincia di Nuoro. Indirizzo email: **gematsas@pec.it;**
- che l'esercizio commerciale non rientra nella fattispecie di cui all'art. 5 della L. 248/2006;

2) di essere in possesso del provvedimento autorizzativo o abilitativo commerciale per l'attività di vendita di prodotti appartenenti al settore merceologico alimentare/misto codice univoco SUAP **1780** e di essere pertanto in possesso dei requisiti di legge;

3) di garantire la presenza durante l'intero arco di apertura dell'esercizio commerciale di almeno uno dei referenti/e dell'attività di gestione e dispensazione dei prodotti in oggetto, di seguito individuati: sig. Giampietro Carta;

4) che il responsabile dell'esecuzione di eventuali
provvedimenti di ritiro sospensione dal commercio sequestro dei prodotti i oggetto, comunicati dall'Azienda ASSL o da altra autorità competente è il sig Giampietro Carta.

ATS
Data: 2019-03-12 11:52:20.0, PG/2019/81093

DICHIARA

altresì di accettare ed impegnarsi al rispetto delle seguenti condizioni:

- garantire la dispensazione a carico del Servizio Sanitario, dei prodotti senza glutine limitatamente a a quelli inclusi nel Registro Nazionale degli Alimenti destinati ad una Alimentazione Paricolare, di cui all'art. 7 del D.M: 8 giugno 2001, applicando indistintamente a tutti gli assisistiti il prezzo liberamente praticato esposto in modo chiaro e leggibile;

- garntire un'adeguata gestione dei prodotti senza glutine del Registro Nazionale, nel rispetto delle vigenti normative in materia;
  dispensare i prodotti in oggetto su presentazione da parte degli assistiti, dei buoni acquisto rilasciati dall'azienda ASSL, relativi al mese in corso di validità, riportando sui medesimi il timbro dell'eserciziocommerciale, la data e le fustelle a lettura otticapresenti sulle confezioni dispensate;(barrare la voce di interesse)

- per gli esercizi di vicinato: garantire la dovuta informazione agli assistiti, rendendo disponibile l'ultimo aggiornamento del Richiamato Registro Nazionale degli Alimenti, disponibile nel sito internet del Ministero della Sanità;

- assicurare che il buono o, nel caso di utilizzo simultaneo di più buoni, la somma dei buoni venga spesa per importi uguali o fatturato inferiori. L'utilizzo del buono/dei buoni 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;

- di accettare unicamente i buoni presentati nell'arco del mese riportato negli stessi
- presentare ai fini del rimborso, all'Azienda ASSL di appartenenza dell'assistito, entro il giormp 5 del mese, la fatturazione del corrispettivo dei prodotti dispensati, unitamente ai buoni d'acquisto riportanti le fustelle di lettura otticapresenti sulle confezioni dei prodotti erogati, nel rispetto delle seguenti modalità: - elencazione analitica dei prodotti dispensati, con l'indicazione del rispettivo prezzo; - importo f atturato corrispondente ai dati analiticamente riportati nella fattura; inoltro entro e non oltre dodici 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 ditale termine decorre dal mese cronologicamente anteriore) dando atto che non verranno rimborsati prodotti dispensati mediante buoni riportanti data anteriore ai 12 mesi;

- di non effettuare concorsi, operazioni a premio e vendite sotto coste aventi ad oggetto i prodotti senza glutine dispensati con onere al servizio sanitario.

- garantire , nel rispetto della normativa sulla privacy, la riservatezza di qualsiasi informazione rilevata nei confronti degli assistiti, nell'ambitodello svolgimento delle procedure, non essendo consentiti altri usi dei dati rilebati;

- comunicare all'Azienda ASSL competente per territorio 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.

Autorizza, per le finalità di cui alla presente modulistica, il trattamento dei dati personali conferiti. (art. 13, D.Lgs n. 196/2003)

Alla presente allega i seguenti documenti:

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

Tortolì

12-03-2019

Firma del Titolare

GE.MAT.
di Giampietro Carta & C. sas
Sede legale: Piazza Caduti, 4
Ub. esercizio: Via Generale Toxiri • 08048 TORTOLI' (OG)
P. IVA e C.F: 01343630917

REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD
CA47650BM
COMUNE DI / MUNICIPALITY
TORTOLÌ
COGNOME / SURNAME
CARTA
NOME / NAME
GIAMPIETRO
LUOGO E DATA DI NASCITA / PLACE AND DATE OF BIRTH
LANUSEI (NU) 19.02.1987
SESSO / SEX
M
STATURA / HEIGHT
173
CITTADINANZA / NATIONALITY
ITA
EMISSIONE / ISSUING
11.06.2018
SCADENZA / EXPIRY
19.02.2029
FIRMA DEL TITOLARE / HOLDER'S SIGNATURE
228984

COGNOME E NOME DEI GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI
SURNAME AND NAME OF PARENTS OR LEGAL GUARDIAN
CODICE FISCALE
FISCAL CODE
CRTGPT87B19E441Z
ESTREMI ATTO DI NASCITA
R.85 p.1 a.A
INDIRIZZO DI RESIDENZA / RESIDENCE
PIAZZA CADUTI VENTITRE' APRILE 4 TORTOLÌ (NU)
C<ITACA47650BM5<<<<<<<<<<<<<<<
8702193M2902197ITA<<<<<<<<<<<8
CARTA<<GIAMPIETRO<<<<<<<<<<<<<