

**AI DIRETTORE GENERALE ASL FROSINONE**  
**c/o Dipartimento di Prevenzione**  
UOSD Vigilanza Farmacie e Convenzioni  
Via A. Fabi – 03100 - Frosinone  
PEC: **prevenzione@pec.aslfrosinone.it**

**Richiesta per autorizzazione** all'erogazione in regime di SSR di prodotti senza glutine iscritti nel registro nazionale di cui all'art. 7 del Decreto ministeriale 8 giugno 2001 nonché dei prodotti senza glutine per i quali è stata formalizzata la chiusura della procedura di notifica da parte del Ministero competente in attuazione delle DGR Lazio n°16 del 16.01.09 e n°267 del 24.04.09.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di rappresentante del punto vendita denominato:

\_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_  
Recapito tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

autorizzato all'attività di commercio nel settore merceologico alimentare iscritto nel registro delle imprese, in regola con la normativa vigente in materia di vendita di alimenti,

**Chiede**

di essere autorizzato all'erogazione in regime di SSR di prodotti senza glutine iscritti nel registro nazionale di cui all'art. 7 del Decreto ministeriale 8 giugno 2001 nonché dei prodotti senza glutine per i quali è stata formalizzata la chiusura della procedura di notifica da parte del Ministero competente in attuazione delle DGR Lazio n°16 del 16.01.09 e n°267 del 24.04.09.

A tal fine la Ditta/Società si impegna a:

- Attenersi alla procedura aziendale/regionale, che regola tale attività.
- Garantire un congruo assortimento dei prodotti inseriti nel registro nazionale dei prodotti di cui sopra.
- Garantire la fruibilità mensile dei buoni interi o frazionati rilasciati dalla ASL di Frosinone o da altra Azienda Sanitaria del Lazio, a favore dei pazienti aventi diritto nei limiti dei tetti di spesa previsti.
- Provvedere all'emissione di fatturazione elettronica, consapevole che la stessa sarà liquidata da parte della ASL dopo opportuni controlli.

- Mantenere riservati i dati sensibili e le informazioni di cui si venga in possesso e comunque a conoscenza, di non divulgarli in alcun modo e in qualsiasi forma e di non farne oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo per scopi diversi da quelli strettamente necessari all'esecuzione della fornitura.

L'autorizzazione è fissata per anni 1 e si rinnova automaticamente di anno in anno previo tacito consenso tra le parti. Entrambi le parti possono rescindere dagli obblighi assunti con la presente in qualsiasi momento previa comunicazione da trasmettere via PEC con preavviso di gg 30. L'autorizzazione comunque decade qualora intervengano modifiche normative rese dalla Regione Lazio o a livello nazionale. In entrambe i casi la Ditta /società ha diritto al pagamento delle prestazioni eseguite nei mesi di effettivo servizio prestato e sino alla data di recesso di entrata in vigore dell'atto normativo regionale o nazionale.

Si allega alla presente:

- Autocertificazione prevista dalle DGR Lazio n°16 del 16.01.09 e n°267 del 24.04.09.

**Le coordinate bancarie ove effettuare il bonifico sono di seguito elencate.**

Beneficiario \_\_\_\_\_ AGENZIA DI \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

N.B. EVENTUALI VARIAZIONI VANNO COMUNICATE 30 GG. PRIMA DELLA RICHIESTA DI RIMBORSO

Data \_\_\_\_\_ FIRMA \* \_\_\_\_\_

\* Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000 n°445, la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità'.

**Riservato all'Azienda**

**Timbro ufficio accettante Prot. n. ASL \_\_\_\_\_/ Frosinone, li \_\_\_\_\_**

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di rappresentante del punto vendita denominato:

Partita Iva \_\_\_\_\_

Sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, così come disposto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n°445 dichiara che il punto vendita sopra indicato:

- È in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per la vendita di prodotti alimentari.
- È in grado di garantire condizioni ambientali idonee alla conservazione dei prodotti alimentari

Data \_\_\_\_\_ FIRMA \* \_\_\_\_\_

\* Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000 n°445, la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità'.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**ASL FROSINONE**  
Via A. Fabi snc  
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821  
www.asl.fr.it  
p.iva 01886690609

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
**U.O.C. IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE**  
e. mail: [sian@aslfrosinone.it](mailto:sian@aslfrosinone.it)  
pec: [prevenzione@pec.aslfrosinone.it](mailto:prevenzione@pec.aslfrosinone.it)



**REGIONE**  
**LAZIO**