

MODELLO FAC-SIMILE

AZIENDA USL N. _____

Prot. n. _____ del _____

Oggetto: Autorizzazione fornitura a carico del Servizio Sanitario di alimenti senza glutine del Registro Nazionale degli Alimenti a favore delle persone affette da celiachia

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.M. 8 giugno 2001 Ministero della Salute "Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare" che stabilisce che per le persone affette da celiachia "l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare rientra nei livelli essenziali di assistenza sanitaria" e, in particolare, l'art. 6 che prevede che la fornitura di prodotti senza glutine agli assistiti venga effettuata anche "da altri fornitori incaricati dalle Aziende Unità Sanitarie Locali, secondo direttive all'uopo emanate dalle Regioni";

Visto altresì l'articolo 7 del succitato D.M che prevede l'istituzione presso il Ministero della Salute del Registro Nazionale dei Prodotti destinati ad un'Alimentazione Particolare erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. _____ del _____ recante: "Prodotti senza glutine ai soggetti affetti da celiachia: ampliamento delle modalità di erogazione", che demanda alle Aziende USL l'autorizzazione degli esercizi commerciali del settore merceologico alimentare ad effettuare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale degli alimenti senza glutine alle persone affette da celiachia;

Vista la richiesta di autorizzazione avanzata dalla ditta/società _____ in data _____ acquisita al protocollo n. _____ del _____

DELIBERA

di autorizzare la ditta/società _____ con sede legale in (indicare l'indirizzo completo) _____

Codice Fiscale/Partita IVA _____, all'attività di distribuzione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei prodotti senza glutine inclusi nel Registro Nazionale dei Prodotti destinati ad un'Alimentazione Particolare, a favore delle persone affette da celiachia, in conformità alle vigenti disposizioni statali e regionali, per l'esercizio commerciale ubicato in _____ Via/P.zza _____

Il pagamento delle fatture presentate dalla suddetta ditta verrà effettuato, di norma, entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello di presentazione della fattura.

La presente autorizzazione potrà essere revocata in caso di inadempimento degli obblighi assunti dalla ditta stessa o perdita dei requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività di vendita del settore alimentare.

Firma

Data _____