

ALLEGATO A ALLA
ALLEGATO A ALLA
DETERMINA N. 42/DG
DEL 27 MAG. 2013.

ATTO DI DELEGA

Il sottoscritto, Dr. Piero Ciccarelli, Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, domiciliato per la carica presso la sede dell'azienda, in Ancona, via Caduti del Lavoro n. 40, cod. fisco. e partita IVA n. 02175860424, in qualità di legale rappresentante dell'Azienda:

PREMESSO

Che con Determina n. 89/DG del 10 marzo 2005, approvata con DRGM n. 330 del 2/3/2005, è stato adottato l'Atto Aziendale di diritto privato di cui all'art. 3, comma 1 bis del D.Lgs. n. 502/92, come modificato dal D.Lgs. n. 229/99, ai sensi dell'art. 5 comma 3, L.R. 13/03".

Che l'Atto Aziendale dispone che il Direttore Generale dell'ASUR è organo di vertice della struttura organizzativa aziendale al quale competono tutti i poteri di gestione e che lo stesso può provvedere alla delega di funzioni di carattere gestionale e che lo stesso può provvedere alla delega di funzioni a favore dei Direttori di Zona, ivi comprese le funzioni aventi rilevanza esterna.

Che con Determina n. _____/DG del _____, si è provveduto a disporre:

- *"di recepire e dare attuazione alla D.G.R. 635/2013 recante ad oggetto: "Progetto sperimentale per la fornitura di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare da parte da parte di esercizi commerciali diversi dalle farmacie convenzionate";*
- *di conferire apposita delega ai Direttori di Area Vasta nello schema di cui all'allegato A) al presente atto;*
- *di approvare all'uopo, il fac - simile di istanza di autorizzazione e contestuale autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, nell'allegato B) al presente atto;*
- *di dare atto che quanto oggetto della presente Determinazione, in conformità a quanto stabilito nella DGRM 635/2013, ha carattere del tutto sperimentale e scadenza 31.12.2013 ed è conseguentemente suscettibile di eventuale revisione/ integrazione/ modifica, all'esito dell'attività periodica di monitoraggio e controllo che sarà apprestata in sede di concreta attuazione;*
- *di stabilire che i Direttori di Area Vasta provvedano alla trasmissione al Direttore Generale dei provvedimenti autorizzativi al fine di consentire l'aggiornamento dell'elenco degli esercizi commerciali diversi dalle farmacie convenzionate ai sensi del punto 3. della DGRM 635/2013;*
- *di demandare al Servizio Comunicazione dell'ASUR - Amministrazione centrale la pubblicazione sul sito web dell'ASUR delle informazioni di cui al punto 5) che precede;*
- *di trasmettere il presente atto per necessaria conoscenza e per il seguito di competenza ai Direttori di Area Vasta";*

Che per le ragioni tutte innanzi riportate si ritiene di conferire l'odierna delega ai Direttori delle Zone Territoriali affinché sia data immediata attuazione alla DGRM n. 1232/2010

A TAL FINE DELEGA

Il Dr. _____, Direttore dell'Area Vasta n. _____ di _____, affinché ponga in essere tutti gli atti, ivi compresa l'adozione delle necessarie determinazioni, facenti parte dell'iter procedimentale concernente l'attuazione della D.G.R. 635/2013 recante ad oggetto: "Progetto sperimentale per la fornitura di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare da parte da parte di esercizi commerciali diversi dalle farmacie convenzionate";

Il sottoscritto delegante:

a) conferisce la succitata delega con la prescrizione che l'efficacia della stessa sia condizionata al rispetto delle seguenti disposizioni:

- Normativa nazionale e regionale di riferimento;
- D.G.R.M. D.G.R. 635/2013
- Determina n. _____ del _____;
- Allegato B) - fac simile di istanza di autorizzazione e contestuale autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000;

b) precisa che ai fini del rilascio dell'autorizzazione laddove sussistenti tutti i presupposti, potrà essere utilizzato lo schema di Determina del Direttore di Area Vasta già approvato con precedenti Determinazioni, i cui contenuti sono da considerarsi quali requisiti minimi indispensabili per il rilascio dell'autorizzazione, fatti salvi fatti salvi gli adeguamenti coerenti rispetto alla fattispecie per cui è l'odierna delega nonché le ulteriori integrazioni istruttorie che il RUP individuato, riterrà opportuno disporre in detta sede;

Resta fermo, che permane in capo al delegato ogni responsabilità:

- in merito a non conformità, non veridicità, non rispondenza rispetto alle evidenze in atti ed alla vigente normativa, delle decisioni assunte sulla base della presente delega e delle dichiarazioni rese, relative a circostanze non note al sottoscritto delegante o nel caso di mancato rispetto delle prescrizioni di cui alle lettere a) e b) sopra riportate;
- in merito agli impegni ed obblighi assunti nell'ambito del procedimento per cui è la presente delega, nonché agli ulteriori adempimenti necessari il cui onere si incardini in capo al delegato.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Piero Ciccarelli

FAC – SIMILE DI ISTANZA
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI
ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000

ALLEGATO _____ ALLA
DETERMINAZIONE N. 421/13
DEL 27 MAG 2013

(Marca da bollo € 14.62)

Al Direttore Area Vasta
n. _____ di _____

E, p.c. Al Comune di _____

Alla Regione Marche
Dipartimento per la Salute
e per i Servizi Sociali

Oggetto: progetto sperimentale per la fornitura di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare da parte di esercizi commerciali diversi dalle farmacie convenzionate.

Il sottoscritto _____, nato il _____

a _____ prov. _____, residente in via _____ n. _____

a _____ prov. _____, titolare o legale rappresentante/Amministratore

Delegato della scrivente Azienda/Ditta _____ con sede in _____

_____ prov. _____, iscritta alla Camera di Commercio _____

partita IVA _____, in riferimento alla deliberazione della Giunta Regionale Regione Marche, n. 635 del 29/04/2013 avente ad oggetto: "DGRM n. 1232/2010 – Progetto sperimentale per la fornitura di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare da parte di esercizi commerciali diversi dalle farmacie convenzionate",

C H I E D E

di essere autorizzato a fornire a carico del Servizio Sanitario Regionale prodotti destinati ad una alimentazione particolare .

A tal fine, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti

D I C H I A R A

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 e-mail _____

2. di essere iscritto al registro delle imprese della CCIAA di _____ al n° _____
in qualità di _____

- che il numero di Partita IVA è....., attribuito in data*;
- che il proprio codice aziendale rilasciato dall'Azienda Sanitaria è:*;

- che l'esercizio commerciale rientra nella fattispecie di cui all'art. 5 della L. 248/2006 **SI | NO** |;

3. * di essere in possesso del provvedimento autorizzativo 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;

4. * di essere in possesso del codice identificativo univoco rilasciato dal Ministero della Salute (per gli esercizi commerciali di cui all'art. 5 della L. 248/2006) **SI | NO** |;

5. * 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 _____

6. * Che il responsabile dell'esecuzione di eventuali provvedimenti di ritiro/sospensione dal commercio o sequestro dei prodotti in oggetto, comunicati dall'ASUR 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:

- a) garantire la dispensazione, a carico del Servizio Sanitario, dei prodotti destinati ad alimentazione limitatamente a quelli 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;
- b) garantire un'adeguata gestione dei prodotti del Registro Nazionale nel rispetto delle vigenti normative in materia;
- c) dispensare i prodotti per alimentazione di cui al suddetto Registro Nazionale per cui è la presente dichiarazione, su presentazione da parte degli assistiti, delle ricette/moduli rilasciati dall'Azienda Sanitaria, 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)
- d) *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;
- e) *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;
- f) assicurare, nell'ambito della dispensazione per medesima tipologia merceologica, che tanto nel caso di utilizzo di una sola ricetta/modulo che di più ricette/moduli l'importo di spesa sia contenuto nel limite inferiore uguale alla sommatoria dell'importo/importi di cui alla ricetta-e/modulo – i. L'utilizzo della ricetta/modulo per importi inferiori non dà diritto a resti, fermo restando che rimane a carico dell'utente l'eventuale differenza in eccesso rispetto al valore della ricetta/modulo;
- g) presentare, ai fini del rimborso, utilizzando la modulistica, le procedure e le relative tempistiche per la consegna delle fatture mensili e delle ricette/moduli, all'Azienda Sanitaria di appartenenza dell'assistito, entro il giorno 10 del mese successivo alla spedizione, la fatturazione del corrispettivo dei prodotti dispensati, 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 delle ricette/moduli.
- Tale condizione deve risultare soddisfatta anche nel caso di fattura relativa al corrispettivo di ricette/moduli di mesi diversi, (il computo di tale termine decorre dal mese cronologicamente anteriore) dando atto che non verranno rimborsati prodotti dispensati mediante ricette/moduli riportanti data anteriore ai 12 mesi;
- h) non effettuare concorsi, operazioni a premio e vendite sotto costo aventi ad oggetto i prodotti senza glutine dispensati con onere a carico del Servizio Sanitario;

- i) 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;
- j) comunicare all'ASUR – Area Vasta competente per territorio ogni altra variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente dichiarazione, ivi inclusa eventuale cessione d'azienda, cessazione dell'attività commerciale, rinuncia alla attività di dispensazione a carico del Servizio Sanitario dei prodotti in oggetto;
- k) obbligarsi con la formulazione e sottoscrizione della presente dichiarazione:
- a dispensare tutti i prodotti di tutte le tipologie rientranti nella categoria di cui alla presente richiesta ed è consapevole che in caso di inadempienze l'autorizzazione gli potrà essere immediatamente revocata;
 - a garantire il flusso dati per il monitoraggio al Servizio Sanitario Regionale utilizzando il tracciato già predisposto dal Dipartimento Salute della Regione Marche nonché le immagini delle ricette/moduli (scannerizzate) su supporto fisico, senza oneri per il S.S.R. ed è consapevole che tale debito informativo è essenziale per il pagamento della prestazione erogata;
 - a provvedere a tutti gli adempimenti ed obblighi previsti attualmente, dalle vigenti disposizioni di cui normativa statale e regionale per le farmacie convenzionate per quanto ad esse applicabili;
- l) di avere piena conoscenza che le seguenti ipotesi danno luogo ad immediato provvedimento di revoca dell'autorizzazione da parte dell'ASUR – Area Vasta competente per territorio:
- frode nella fornitura;
 - perdita dei requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività di vendita del settore misto/alimentare e/o cessione d'azienda, cessazione dell'attività commerciale, rinuncia alla attività di dispensazione a carico del Servizio Sanitario dei prodotti in oggetto;
 - grave e reiterata negligenza in ordine alle condizioni generali inerenti la gestione, conservazione e dispensazione dei prodotti, nonché mancato reiterato rispetto degli adempimenti previsti dalla disciplina regionale, che abbiano determinato almeno due contestazioni scritte da parte dell'ASUR – Area Vasta di competenza con raccomandata A/R;
 - mancato rispetto degli impegni assunti con la presente dichiarazione e di cui alle lettere a), b), c), d), e), f), g), h), i), j), k) sopra riportate;
 - revoca del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 21 – quinquies della Legge n. 241/90 ss.mm.ii.;
- m) di essere a conoscenza di tutte disposizioni nazionali e regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta;
- n) di essere disponibile ad applicare uno sconto aggiuntivo rispetto a quanto stabilito nella D.G.R. Marche n. 94/2010, pari al _____ % da scontare in sede di fatturazione all'ASUR Marche.

Ai fini del rimborso, chiede l'accredito mediante bonifico in c/c bancario/postale

N.c/c _____ Istituto

di credito/postale _____ 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 (art. 13, D.Lgs n. 196/2003).

Luogo _____ data _____

Firma del legale rappresentante

Alla presente allega i seguenti documenti:

- 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 6.

* nel caso di ditta/società titolare di più punti vendita, i punti 1, 3, 4, 5, 6, devono essere compilati per ciascun punto vendita;

n.b. il modulo va sottoscritto in calce e siglato e timbrato su ogni pagina.