

MODULO DI CONVENZIONAMENTO PUNTI VENDITA CELIACHI@FVG

Alla c.a. Azienda sanitaria Friuli Occidentale
Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone
PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

e, p.c.

Direzione Centrale Salute politiche sociali e disabilità

Direzione Centrale attività produttive e turismo

INVIO TRAMITE PEC

Tipo Fornitore: GDO esercizio commerciale specializzato parafarmacia

Denominazione Punto vendita: _____

Nome e Cognome Titolare/Rappresentante legale: _____

Partita IVA: _____ Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____ Num civico: _____

Comune: _____ Provincia: _____ Cap: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Fax: _____ Email: _____

Url: _____

Coordinate bancarie: _____

La ditta, 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:

- 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
- 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
- nell'esercizio della propria attività professionale non è stato commesso un errore grave accertato con qualsiasi mezzo di prova addotto da un'amministrazione aggiudicatrice
- 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
- 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

- non sussistono a suo carico e 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
- di essere in regola con la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili (L. 23.3.1999, n. 68)
- non si trova in una situazione di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione secondo quanto prevede il D.L.vo n. 231/2001
- 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:

- la propria disponibilità a far data dal ___/___/_____ a erogare per conto del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia i prodotti dietetici privi di glutine ai soggetti affetti da morbo celiaco
- che saranno rispettate le modalità di erogazione di prodotti privi di glutine previste dalla normativa nazionale e regionale vigente
- che la conservazione dei prodotti senza glutine è effettuata nel rispetto delle condizioni previste dal produttore ovvero della normativa vigente in materia
- di dare adeguata segnalazione della concedibilità a carico del SSR dei prodotti senza glutine commercializzati
- di garantire il flusso dei dati di rendicontazione, entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento
- che il responsabile a cui far pervenire eventuali comunicazioni in caso di ritiri di lotti di alimenti senza glutine è: _____
e-mail: _____ fax: _____
- che l'indirizzo per l'invio dell'ordine di acquisto elettronico mediante NSO (Nodo Smistamento Ordini) è _____

DOCUMENTI ALLEGATI:

- Copia della Segnalazione Certificata di Inizio Attività (S.C.I.A.) o precedente documento autorizzativo
- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del titolare/rappresentante legale

Si rammenta che nel caso in cui codesta ditta/società si avvalga della facoltà di cui al DPR 445/2000 l'Amministrazione regionale potrà, in qualsiasi momento, procedere agli idonei controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR citato, con le modalità previste dal DPR medesimo.

_____ data ___/___/_____
(Luogo)

(firma)