

UOC Farmacia Territoriale

e-mail: farmaceuticaterritoriale@aslroma5.it

pec: farmaceutica.territoriale@pec.aslromag.it

Al Direttore Generale ASL Roma 5

C.A. UOC Farmaceutica Territoriale
Vigilanza Farmacie ASL Roma 5

Oggetto: Autorizzazione all'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti senza glutine iscritti nel Registro Nazionale.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente nel Comune di _____

in via _____ n° _____

C.F. _____, Partita IVA _____

in qualità di _____

dell'esercizio commerciale _____

con sede nel Comune di _____

Via _____ n° _____

n. iscrizione CCIAA di _____

CHIEDE

l'autorizzazione ad erogare i prodotti senza glutine per celiaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi della delibera della Giunta Regionale n. 1612009 come modificata con delibera della Giunta Regionale n. 267 del 24/09/2009.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- Certificato attribuzione Partita IVA
- Documento di identità
- Planimetria
- Copia della S.C.I.A. inizio attività, presentata al Comune
- Copia della D.I.A. presentata al Comune
- Autocertificazione sostitutiva atto di notorietà.

AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente nel Comune di _____

in via _____ n° _____

C.F. _____, Partita IVA _____

in qualità di _____

dell'esercizio commerciale _____

con sede nel Comune di _____

Via _____ n° _____

n. iscrizione CCIAA di _____

Consapevole delle 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 dietoterapici

Data _____

Firma _____