

BOLLO € 16,00

Al Direttore Generale  
Azienda USL della Valle d'Aosta  
Via Guido Rey, n. 1  
11100 AOSTA

[protocollo@pec.ausl.vda.it](mailto:protocollo@pec.ausl.vda.it)

**Oggetto:** *Richiesta di attivazione della convenzione per l'erogazione di alimenti dietetici senza glutine mediante accesso al sistema informatico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

in qualità di Titolare/Legale rappresentante della Ditta / Società \_\_\_\_\_

con sede legale in (indicare indirizzo completo) \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Partita IVA: \_\_\_\_\_

N. iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

*di sottoscrivere la convenzione per l'utilizzo del sistema informatizzato per l'erogazione degli alimenti senza glutine di cui al D.M. 8/6/2001, così come modificato dal D.M. 17/5/2016, e al D.M. 10/08/2018 per il/i punto/i vendita di seguito indicato/i:*

▶ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_

nel Comune di \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

▶ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_

nel Comune di \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

▶ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_

nel Comune di \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

### **A TAL FINE DICHIARA DI IMPEGNARSI A:**

➔ attivare ed utilizzare il software oggetto della convenzione con l'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'erogazione di alimenti dietetici senza glutine, come stabilito con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1755 del 16/12/2016 e nei limiti di spesa previsti dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1360 del 05/11/2018;

- ➔ garantire la dovuta informazione agli assistiti rendendo disponibile per la consultazione (per le medie e grandi distribuzioni attraverso un'apposita postazione informativa) l'ultimo aggiornamento del Registro Nazionale degli Alimenti disponibile sul sito internet del Ministero della Salute;
- ➔ assicurare uno spazio dedicato all'esposizione dei prodotti di cui si tratta;
- ➔ esporre in modo chiaro e leggibile lo sconto sul prezzo praticato al pubblico nonché applicare detto sconto a tutti gli assistiti e rispettare il divieto di concorsi e di operazioni a premio.

A corredo della presente istanza, allega la seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. (modello Comunicazione antimafia ) relativa alla dichiarazione di insussistenza delle cause di decadenza, sospensione o divieto di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159 del 06/09/2011 e ss.mm.ii.
- richiesta Utenza applicativa
- fotocopia del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Timbro/Firma

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

**di aver preso visione delle Deliberazioni della Giunta Regionale della Valle d'Aosta n. 1755 del 16/12/2016 e n. 1360 del 05/11/2018** “Approvazione dell'adeguamento alle modalità di erogazione degli alimenti senza glutine di cui al D.M. 10 agosto 2018 e parziale modificazione alla deliberazione della Giunta Regionale 1755/2016” **e di accettare le condizioni in essa previste.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Timbro/Firma

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto al ritiro ovvero inviata (corredata di fotocopia non autentica di un documento d'identità, in corso di validità, del sottoscrittore) all'ufficio competente tramite incaricato, oppure a mezzo posta.*