**CARTA INTESTATA AZIENDA RICHIEDENTE**

**Spett.le**

**ATS della Città Metropolitana di Milano**

 **Dipartimento Servizio Farmaceutico**

**OGGETTO**: istanza di iscrizione all’elenco fornitoridella ATS della Città Metropolitana di Milano **–** convenzionati ed autorizzati all’uso di SW integrato con “CeliachiaRL” (sistema regionale lombardo) o SW “Webcare” per la fornitura di prodotti dietetici senza glutine con spesa a carico del SSR.

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

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_(città )\_\_\_\_\_\_\_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indirizzo e CAP)

**(utilizzare solo la voce che interessa tra 1 e 2)**

1) in qualità di Legale Rappresentante della Società (nome azienda e ragione sociale)

* CODICE FISCALE/PIVA
* SEDE LEGALE (INDIRIZZO e CAP)
* TELEFONO
* PEC
* E-MAIL

2) in qualità di Titolare dell’omonima ditta individuale,

* CODICE FISCALE/PIVA
* SEDE LEGALE (INDIRIZZO e CAP)
* TELEFONO
* PEC
* E-MAIL

**CHIEDE**

l’iscrizione all’elenco fornitori della ATS Città Metropolitana di Milano – di prodotti dietetici senza glutine con spesa a carico del SSR – al fine di essere convenzionati ed autorizzati all’uso di SW integrato con “CeliachiaRL” (sistema regionale lombardo) o SW “Webcare” in qualità di:

**(utilizzare solo la voce che interessa tra A, B, C )**

A) operatore Grande Distribuzione Organizzata (**GDO**) per le seguenti filiali

**In Caso di Operatore GDO indicare le filiali da convenzionare:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **NOME AZIENDA E RAGIONE SOCIALE** | **INDIRIZZO**  | **CAP – CITTA’** |
|  |  |  |  |

B) **negozio specializzato** di prodotti dietetici senza glutine

C) esercizio commerciale di cui al d.l. 223/2006 (c.d. **parafarmacia**)

L’istante, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere contenute nella presente, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000., **DICHIARA** quanto segue:

1. di essere in possesso delle iscrizioni, autorizzazioni, concessioni, licenze e permessi prescritti dalla legge e dai regolamenti necessari all’attività di vendita dei prodotti oggetto dell’istanza;
2. di rispettare la normativa contrattuale e regolamentare del lavoro, della sicurezza sui luoghi di lavoro per tutto il personale a vario titolo impiegato
3. di retribuire il personale in misura non inferiore a quella stabilita nel CCNL di categoria e ad assolvere tutti i conseguenti oneri compresi quelli concernenti le norme previdenziali, assicurative e similari, aprendo le posizioni contributive presso le sedi degli Enti territorialmente competenti
4. di acconsentire, ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e13 del T.U. 196/2003 nonché del GDPR Reg. UE 2016/679, al trattamento dei propri dati – anche personali – esclusivamente ai fini dell’iscrizione all’elenco oggetto dell’istanza
5. di ottemperare a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e dal GDPR Reg. UE 2016/679, in particolare in materia di trattamento dei dati con strumenti informatici
6. di non trovarsi 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
7. che 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
8. che nell’esercizio della propria attività professionale non è stato commesso un errore grave accertato con qualsiasi mezzo di prova addotto da un’amministrazione aggiudicatrice;
9. di essere 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;
10. che 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;
11. che non sussistono a suo carico ed 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;
12. di essere in regola con la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili (L. 23.3.1999, n. 68)
13. che non si trova in una situazione di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione secondo quanto prevede il D.Lgs n. 231/2001; o 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.”

**SI DICHIARA INOLTRE:**

1. di utilizzare **(scegliere una delle due opzioni)**

□ il SW INTEGRATO CON CELIACHIARL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ il “SW WEBCARE”

1. di essere in possesso della Segnalazione Certificata di Inizio attività (S.C.I.A.) o precedente documento autorizzativo: N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL\_\_\_\_\_\_\_
	1. Rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, della quale si allega copia, che si intende conforme all’originale ex art. 47 DPR 445/2000.

Si comunicano infine, per l’attività di competenza:

1. BANCA (NOME – SEDE – N. FILIALE – INDIRIZZO):
	* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	* Codice IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	* Conto Corrente n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. INPS (Sede di Riferimento)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. INAIL (sede di riferimento)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente istanza la seguente documentazione, che costituisce parte integrante e sostanziale alla stessa:

* A274-MD002 Fac-simile scheda anagrafica punti vendita
* Copia del documento di identità e CF dell’istante
* Copia Segnalazione Certificata di Inizio attività (S.C.I.A.) o precedente documento autorizzativo

**Senza i predetti allegati non sarà possibile procedere con l’istruttoria.**

Luogo \_\_\_\_\_\_ e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Timbro e firmadel Legale Rappresentante/Titolare |