

ISTANZA

ALLEGATO D

**PER L'ISCRIZIONE NEL REGISTRO REGIONALE DEGLI ESERCIZI COMMERCIALI
AUTORIZZATI ALLA GESTIONE DEI BUONI DI ACQUISTO DI PRODOTTI SENZA
GLUTINE**

Alla **ASL** _____ (*Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente,
con riferimento alla Sede di Attività che si intende iscrivere*)
e, p.c.

Alla **Regione Puglia – Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e
Prevenzione**

Il sottoscritto, firmatario della presente:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di nascita ____/____/____ Cittadinanza _____

Luogo di nascita: Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Residenza: Comune _____ Provincia _____

Via/P.zza _____ n° _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____

e-mail _____@_____

In qualità di:

Titolare dell'omonima impresa individuale

Legale rappresentante di:

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 P.IVA

Sede legale amministrativa nel Comune di _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____

e-mail _____@_____

Iscritta alla Camera di Commercio di : _____

Al n. R.I. : _____

Coordinate bancarie: IBAN _____

sede per la quale si dichiara di essere già in possesso di tutte le autorizzazioni richieste in materia di sanità pubblica e sicurezza per la vendita al dettaglio di prodotti alimentari,

CHIEDE

con riferimento a quanto disposto dalla Giunta Regionale con DGR 1827 del 04/08/2010 - Allegato A - che qui si intende pienamente recepito, che la Sede di Attività sopra elencata sia iscritta nell'elenco regionale degli esercizi commerciali autorizzati alla gestione dei buoni per l'acquisto di prodotti alimentari senza glutine

DICHIARA

inoltre:

- 1) di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

_____, li _____

In fede

- 2) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente dichiarazione e, a tal proposito,

RILASCIA

il consenso al loro utilizzo nei limiti su riportati.

_____, li ____/____/____

In fede

ALLEGATO E

DISTINTA CONTABILE RIEPILOGATIVA di ASSISTENZA INTEGRATIVA
 per prodotti alimentari erogati a carico della Regione Puglia
 in favore di cittadini residenti

REGIONE PUGLIA

alla Azienda ASL _____
 Distretto Socio Sanitario _____

Esercizio Commerciale: _____ Codice E.C.: _____

Indirizzo: _____

Partita IVA: _____ C.F.: _____

Codice IBAN di pagamento: _____

Prodotti alimentari erogati nel MESE di: _____

- 1. NUMERO BUONI

- 2. TOTALE LORDO dei prodotti alimentari, compreso IVA ..

- 3. RETTIFICHE in ADDEBITO (mese di _____)
- 4. RETTIFICHE in ACCREDITO (mese di _____)
- 5. TOTALE CHIESTO A RIMBORSO

Operazione fuori campo IVA

La documentazione allegata alla presente DCR è conforme all'allegato tecnico di riferimento.

Data ____/____/____

Per l'Esercizio Commerciale

RISERVATO all'Area Farmaceutica della ASL

Data ____/____/____

Il Funzionario della ASL
