

Spett.le ASP POTENZA
85100 POTENZA

Oggetto: Richiesta Convenzione con l'ASP per la fornitura di prodotti alimentari privi di glutine a pazienti affetti da morbo celiaco.

L sottoscritt: _____, nato a _____ il _____ e residente _____
alla Via _____, in qualità di titolare dell'Impresa individuale _____
con sede _____ alla _____ con la presente

TRASMETTE

- Certificato di iscrizione alla Camera di Commercio;
- Parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali da adibire a ingrosso/deposito di presidi sanitari per uso umano, del Dipartimento di prevenzione della ASP;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia;
- Planimetria dei locali in cui viene svolta l'attività, vidimata dlla dipartimento di prevenzione della ASP;
- Fotocopia del documento di identità del titolare;
- Dichiarazione sulla disposizione dei locali, di adeguato personale, di non aver riportato condanne penali e di essere a conoscenza di quanto riportato nella delibera di Giunta Regionale n°1422 del 23/07/2003;

CHIEDE

Il rilascio della convenzione per la fornitura di prodotti alimentari privi di glutine a pazienti affetti da morbo celiaco.

Pote.