

Questo documento è un facsimile del modello presente sul servizio telematico di accettazione regionale STAR e ai fini della presentazione della pratica non può essere utilizzato quale file allegato.

ALLEGATO



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

Al SUAP del Comune di _____	<u>Compilato a cura del SUAP:</u>
	Pratica _____
	del _____
	Protocollo _____

COMUNICAZIONE DI VARIAZIONE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVITÀ DI TRASPORTO SANITARIO

(ART. 3 E ART. 8 L.R. N. 83/2019)

Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 3 e 8 della legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83 "Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario",

COMUNICA

che l'associazione/impresa titolare dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario di soccorso per la seguente tipologia di attività _____, rilasciata dal comune di _____ con provvedimento n. _____ del _____

SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA'

- sospende l'attività di trasporto sanitario di soccorso dal _____ a causa di _____ e che prevede di riprenderla entro il _____

APERTURA NUOVA SEDE OPERATIVA

Questo documento è un facsimile del modello presente sul servizio telematico di accettazione regionale STAR e ai fini della presentazione della pratica non può essere utilizzato quale file allegato.

- apre la/e seguente/i nuova/e sede/i operativa/e ubicata/e in:

INDIRIZZO DELLA SEDE' OPERATIVA

via/piazza _____ n. _____ comune
_____ provincia _____

DATI CATASTALI

Foglio n. _____ map. _____ (se presenti) sub.
_____ sez. _____

Catasto: fabbricati

(ripetibile)

e a tal fine il/la sottoscritto/a ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del DPR del 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000, nonché a conoscenza di quanto previsto dall'art. 75 del DPR medesimo, in merito alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera – sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che i locali rispettano le norme urbanistiche, edilizie, igienico-sanitarie, di sicurezza nei luoghi di lavoro e di prevenzione incendi nonché quelle relative alle destinazioni d'uso

SOSTITUZIONE MOMENTANEA AUTOAMBULANZA

- utilizza , in via straordinaria e per un periodo di tempo limitato, in sostituzione della propria autoambulanza indisponibile tipo _____ modello _____ targa _____, l'autoambulanza tipo _____ modello _____ targa _____, appartenente a _____ autorizzazione n. _____ rilasciata da _____.
Comunica altresì che il mezzo di soccorso è indisponibile a causa di _____ e che sarà reintegrato entro il _____

DISMISSIONE AUTOAMBULANZA/E

- ha dismesso la/le seguente/i autoambulanza/e, già oggetto di autorizzazione:

tipologia _____ Modello _____ Targa _____

(ripetibile)

ULTERIORI VARIAZIONI

- le seguenti variazioni concernenti ai dati indicati nell'istanza di autorizzazione

Questo documento è un facsimile del modello presente sul servizio telematico di accettazione regionale STAR e ai fini della presentazione della pratica non può essere utilizzato quale file allegato.

sopra indicata:

Modifica denominazione _____

Altro (specificare) _____

ULTERIORI DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre:

- di essere a conoscenza che, in caso di ulteriori variazioni, deve essere presentata una nuova comunicazione

Attenzione: qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (art. 75 del DPR 445 del 2000).

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n .2016/679 del 27 aprile 2016)

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa pubblicata sul sito istituzionale del SUAP a cui è rivolta la presente comunicazione.

Questo documento è un facsimile del modello presente sul servizio telematico di accettazione regionale STAR e ai fini della presentazione della pratica non può essere utilizzato quale file allegato.

Quadro riepilogativo della documentazione allegata

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA COMUNICAZIONE

Allegato	Denominazione	Casi in cui è previsto
<input type="checkbox"/>	Procura/Delega	Nel caso di procura/delega a presentare la comunicazione

ALTRI ALLEGATI (attestazioni relative al versamento di oneri, di diritti etc.)

Allegato	Denominazione	Casi in cui è previsto
<input type="checkbox"/>	Attestazione del versamento di oneri, di diritti, ecc.	Ove previsti, nella misura e con le modalità indicate sul sito dell'amministrazione.