

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO SANITARIO
L.R.83/2019 – Regolamento Regionale DPGR. 46/r/20212001

Al SUAP Associato Unione
Comuni Valdarno e Vadisieve

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via _____ n° _____

in qualità di _____

dell'ente/associazione/impresa _____

avente sede legale in _____

C.F. o P.I. _____

recapito telefonico _____ fax (eventuale) _____

e-mail (eventuale) _____

in possesso della Autorizzazione di attività di trasporto sanitario di soccorso (indicare estremi atto autorizzatorio) _____ ;

CHIEDE

l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario mediante l'utilizzo di
NUOVA AUTOAMBULANZA , e precisamente:

a) il trasporto sanitario di soccorso di base mediante **autoambulanza di tipo B** di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro dei trasporti 17 dicembre 1987, n. 553 (Normativa tecnica e amministrativa relativa alle autoambulanze)-
TARGA _____/NUMERO Telaio _____

Oppure

b) trasporto sanitario di **primo soccorso** mediante **autoambulanza di tipo A** di cui all'articolo 1, comma 2, del d.m. trasporti 553/1987 e **di tipo A1** di cui al regolamento adottato con decreto del Ministro dei trasporti e della navigazione 20 novembre 1997, n. 487 (Regolamento recante la normativa tecnica ed amministrativa relativa alle autoambulanze di soccorso per emergenze speciali)-

TARGA _____/NUMERO TELAIO _____

Oppure

c) trasporto sanitario di **soccorso avanzato** mediante autoambulanza di tipo A di cui all'articolo 1, comma 2, del d.m. trasporti 553/1987 e **di tipo A1** di cui al d.m. trasporti 487/1997.

TARGA _____/NUMERO TELAIO _____

A tal fine, ai sensi dell'art.47 del D.P.R.28 dicembre 2000 n°445, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci è prevista la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo 196/2003, e dichiara che:

- l'ente/associazione/impresa è in possesso, oltre a quella legale, delle seguenti sedi _____
- le autoambulanze hanno le caratteristiche tecniche previste per l'attività di trasporto sanitario per cui viene presentata la domanda e sono dotate delle idonee attrezzature tecniche e sanitarie;
- il personale da adibire alla guida è idoneo;
- il personale da adibire a soccorso ha la formazione professionale prevista per ciascun tipo di attività di trasporto sanitario per cui si richiede l'autorizzazione;
- il personale medico ha la prescritta qualificazione ed è:
- tutti i requisiti rispondono a quanto stabilito dalla L.R.83/2019 e relativo Regolamento attuazione.

Luogo e data

_____, li _____

Firma del richiedente _____

N.B- La firma deve essere in formato digitale

Allegati):

- nel caso di impresa certificato di iscrizione al registro delle imprese e atto costitutivo in caso di società;
- nel caso di ente o associazione atto costitutivo o statuto, da cui risulti tra i fini statuari il trasporto sanitario – le organizzazioni di volontariato iscritte nel Registro regionale di cui alla L.R.28/1993 sono esonerate dal produrre questo documento, e devono indicare solamente gli estremi del provvedimento di iscrizione nel Registro e presso quale ente è depositato.
- copia dl versamento di euro 60,00 di diritti istruttoria suap
- N. 2 marche da bollo da euro 16,00 (una per la richiesta ed una per l'autorizzazione)

