

Comunicazione
da inviare alla ATS in cui si è depositata la SCIA e
ad AREU

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome).....
Nato a il
Residente a via
Codice fiscale
Titolare/legale rappresentante della attività di ☐ trasporto sanitario semplice ☐ trasporto sanitario
della società/soggetto.....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

☒ di **dismettere il veicolo** in uso modello:.....
targato:..... telaio:..... a partire dal giorno:.....

☐ di **chiudere la sede** dell'attività indicata in SCIA con il numero progressivo:.....
nome della sede:.....
sita nel comune di:..... in via/corso:..... civico:.....
riferimenti catastali:..... a partire dal giorno:.....

|__| che la **sede legale** del soggetto dichiarante è stata trasferita presso:

il comune di: _____

in via/corso: _____ civico: _____ a partire dal giorno: _____

|__| che la **nuova ragione sociale** del soggetto è stata cambiata in: _____

PEC Mail: _____ Telefono: _____ Telefax: _____

|__| che il **nuovo legale rappresentante** è il Sig./Sig.ra Cognome: _____

Nome: _____ Sesso: |__| M |__| F Codice fiscale: _____

Nato a: _____ Provincia di nascita: _____ Data di nascita: _____

Residente a: _____

Allegare: Documenti previsti dalla SCIA nella sezione DATI LEGALE RAPPRESENTANTE: ALL001, ALL002, ALL003, ALL004

|__| che il **nuovo direttore sanitario** è il Sig./Sig.ra Cognome: _____

Nome: _____ Sesso |__| M |__| F Codice fiscale: _____

Nato a: _____ Provincia di nascita: _____ Data di nascita: _____

Residente a: _____

Iscritto all'ordine provinciale dei Medici/Odontoiatri: _____

Numero di iscrizione ordine: _____

Allegare: Documenti previsti dalla SCIA nella sezione DATI DIRETTORE SANITARIO: ALL005, ALL006, ALL007, ALL008

|__| che il **nuovo Responsabile del servizio di prevenzione e protezione** è il:

Sig./Sig.ra Cognome: _____

Nome: _____ Sesso: |__| M |__| F Codice fiscale: _____

Nato a: _____ Provincia di nascita: _____ Data di nascita: _____

Residente a: _____

Iscritto all'ordine provinciale dei Medici/Odontoiatri: _____

Numero di iscrizione ordine: _____

Allegare: Documenti previsti dalla SCIA nella sezione DATI Responsabile RSPP: ALL009, ALL010

|__| che l' **orario di apertura della sede indicata in SCIA** dal soggetto è stato cambiato in:

numero progressivo sede: _____ nome della sede: _____

nuovo orario di apertura: _____

|__| che il **nuovo luogo della conservazione delle cartelle individuali del personale** è presso la sede

indicata con il numero progressivo sede: _____

nome della sede: _____

|__| che ha deciso **terminare /chiudere l'attività** erogata a partire dalla data: _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Lì

Data

firma leggibile del dichiarante(*)

.....

(*) N.B. allegare copia del documento di identità in corso di validità (documento per il quale non siano scaduti i termini di validità dalla data del rilascio o documento convalidato con apposito timbro del Comune) richiesto ai sensi del D.P.R. 445/2000.