

Segnalazione Certificata di inizio attività TRASPORTO SANITARIO

(inviare la SCIA alla ATS di competenza territoriale)

Dati Soggetto

S1: La sottoscritta Associazione/Società: (inserire denominazione sociale)

S2: con sede legale in: (comune,via,num civico, cap)

S3: con sede operativa principale in: (comune,via,num civico, cap)

S4: CeFRA di riferimento:

S6: Codice fiscale:

S8: PEC Mail:

S5: Partita IVA:

S7: Telefono

S9: Telefax

Dati legale rappresentante

di cui il legale rappresentante il Sig./Sig.ra:

L1: Cognome:

L2: Nome:

L3: Sesso: (inserire M o F)

L4: Codice fiscale:

L5: Nato/a a: (comune)

L6: Provincia di nascita: (nel formato due lettere)

L7: Data di nascita: (gg/mm/aaaa)

L8: Residente a: (comune,via,num civico, cap)

Allegare alla SCIA i seguenti documenti:

☒ ALL001. Copia della carta di identità del legale rappresentante.

☒ ALL002. Copia del codice fiscale del legale rappresentante.

☒ ALL003. Dichiarazione sostitutiva di Certificazione Antimafia (vedi Modulo 1)

dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 rilasciata ai sensi della normativa vigente;

☒ ALL004. Dichiarazione sostitutiva del Legale Rappresentante del soggetto richiedente (vedi Moduli 2 e 6)

dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il Legale Rappresentante del soggetto richiedente dichiara:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti

amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa. In caso contrario il richiedente dovrà indicare la situazione in cui si trova ed esplicitare la natura dei provvedimenti ;



- di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico o l'elencazione di quelli di cui è a conoscenza;
- di essere iscritto al registro delle imprese (nel caso di impresa);
- di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento o insolvenza e di non aver presentato domanda di concordato (nel caso di impresa);

CERTIFICA E DICHIARA DI AVERE TUTTI I REQUISITI RICHIESTI DALLA NORMATIVA VIGENTE E CHE I DATI PRESENTI IN QUESTA COMUNICAZIONE SONO REALI AL FINE DI EFFETTUARE TRASPORTO SANITARIO

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 dell'artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

Riepilogo dati da compilare: (Selezionare l'attività che si intende dichiarare MAX una selezione)

Selezio nare l'attività	Attività da dichiarare	Campi da compilare e allegati da inviare	Inviare a:
☒	N2 Nuova attività trasporto sanitario.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14). (*) allegare gli allegati in base al tipo di soggetto	ATS di competenza territoriale
☐	N5 Nuova attività trasporto sanitario.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore	ATS di competenza

		sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14). (*) allegare gli allegati in base al tipo di soggetto	territoriale
☐	TSS9 Nuova attività trasporto sanitario.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14). (*) allegare gli allegati in base al tipo di soggetto	ATS di competenza territoriale
☐	TS1 Cambio sede.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14, ALL15 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
☐	TS2 Modifica della struttura di una sede già dichiarata.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Modifica Sedi Operative (SEM), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL25, ALL26 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
☐	TS3 Aggiunta di una nuova sede operativa.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
☐	TS5 Un nuovo mezzo.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), Mezzi in uso (ME), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL21 (Modulo12), ALL22.	ATS di competenza territoriale
☐	SS1 Cambio sede.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale

☐	SS2 Modifica della struttura di una sede già dichiarata.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Modifica Sedi Operative (SEM), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL25, ALL26 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
☐	SS3 Aggiunta di una nuova sede operativa.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
☐	SS5 Un nuovo mezzo.	Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), Mezzi in uso (ME), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL21 (Modulo12), ALL22.	ATS di competenza territoriale

Dati Direttore Sanitario

di cui il Direttore Sanitario il Dr./Dr.ssa:

DS1: Cognome:

DS2: Nome:

DS3: Sesso: (inserire M o F)

DS4: Codice fiscale:

DS5: Nato/a a: (comune)

DS6: Provincia di nascita: (nel formato due lettere)

DS7: Data di nascita: (gg/mm/aaaa)

DS8: Residente a: (comune, via, num civico, cap)

DS9: Iscritto all'Ordine Provinciale
dei Medici / Odontoiatri di:

DS10: Numero di iscrizione ordine:

Allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ☒ ALL005. Copia della carta di identità del direttore sanitario.
- ☒ ALL006. Copia del codice fiscale del direttore sanitario.
- ☒ ALL007. Autocertificazione firmata dal direttore sanitario attestante l'iscrizione all'Ordine provinciale dei medici/odontoiatri. (vedi Modulo 3)
- ☒ ALL008. Autocertificazione firmata dal direttore sanitario attestante l'accettazione di incarico del Direttore Sanitario (vedi Modulo 4)

Dati Responsabile del servizio di prevenzione e protezione

di cui il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione presso la struttura è:

RS1: Cognome:

RS2: Nome:

RS3: Sesso: (inserire M o F)

RS4: Codice fiscale:

RS5: Nato/a a: (comune)

RS6: Provincia di nascita: (nel formato due lettere)

RS7: Data di nascita: (gg/mm/aaaa)

RS8: Residente a: (comune, via, num civico, cap)

- ☒ ALL009. Copia della carta di identità del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione

☒ ALL010. Copia del codice fiscale del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione

Dichiarazione di inizio attività di Trasporto Sanitario

Si chiede di indicare la tipologia del soggetto e in base a questo allegare alla SCIA i documenti indicati.

IA1: Tipologia di Soggetto dichiarante (indicare se di tipo 1, 2, o 3)

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 1)

Per le Organizzazioni di Volontariato è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

☒ ALL.011-01: dichiarazione riportante gli estremi del decreto di iscrizione al Registro Regionale del Volontariato - Sezione Regionale o Provinciale, con autocertificazione attestante la presenza tra gli scopi statutari del trasporto sanitario e/o, del trasporto sanitario semplice;

☐ ALL.011-02: (Modulo 5) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara l'avvenuta iscrizione all'anagrafe unica istituita presso la direzione Regionale delle Entrate del Ministero delle Finanze, qualora il soggetto richiedente sia una ONLUS di opzione;

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 2)

Per le Cooperative Sociali è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

☐ ALL.011-03: dichiarazione riportante gli estremi del decreto della Giunta Regionale di iscrizione nell'albo Regionale delle Cooperative Sociali ai sensi della legge regionale 1 giugno 1993, n. 16;

☐ ALL.011-04: dichiarazione inerente l'avvenuta revisione o la richiesta di revisione prevista dalla normativa normativa vigente per le Cooperative Sociali, con esito positivo, In ordine ai requisiti mutualistici dei soci, alla corretta applicazione delle vigenti normative inerenti alle cooperative sociali e alla regolare tenuta della contabilità;

☐ ALL.011-05: (Modulo 5) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara l'avvenuta iscrizione all'anagrafe unica istituita presso la direzione Regionale delle Entrate del Ministero delle Finanze, qualora il soggetto richiedente sia una ONLUS di opzione;

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 3)

Per le Imprese Individuali o gestita in forma societaria è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ☐ **ALL.011-06:** dichiarazione riportante gli estremi dell'atto costitutivo e dell'iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (REA);
- ☐ **ALL.011-07:** copia dell'ultima revisione annuale effettuata, con esito positivo, in ordine ai requisiti mutualistici dei soci, alla corretta applicazione delle vigenti normative inerenti alle cooperative sociali e alla regolare tenuta della contabilità;

Sedi Operative Soggetto

Compilare ed allegare il materiale richiesto per ogni singola sede in uso, nel caso si hanno più di tre (3) sedi operative allegare un **Modulo 7** e i relativi documenti richiesti per ogni ulteriore sede.

Sede Operativa Principale (deve essere attiva almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia)

SE1: Numero progressivo sede: (inserire numero di riferimento della sede)

SE2: Nome alla sede: (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

SE3: Indirizzo della sede: (comune, via, num civico, cap)

SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede: (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

SE5: Telefono di riferimento sede (indicare il numero senza prefisso internazionale)

SE6: Telefax sede (indicare il numero senza prefisso internazionale)

SE7: Indirizzo e-mail sede (indicare indirizzo e-mail)

SE8: Persona di riferimento sede (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

☒ **ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:

- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
- sezioni longitudinali e trasversali quotate

☒ **ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);

☒ **ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

Sede Operativa Secondaria (1) (da compilare se presente)

SE1: Numero progressivo sede: (inserire numero di riferimento della sede)

SE2: Nome alla sede: (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

SE3: Indirizzo della sede: (comune, via, num civico, cap)

SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede: (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

SE5: Telefono di riferimento sede (indicare il numero senza prefisso internazionale)

SE6: Telefax sede (indicare il numero senza prefisso internazionale)

SE7: Indirizzo e-mail sede (indicare indirizzo e-mail)

SE8: Persona di riferimento sede (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ☐ **ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
 - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ☐ **ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ☐ **ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

Sede Operativa Secondaria (2) (da compilare se presente)

SE1: Numero progressivo sede: (inserire numero di riferimento della sede)

SE2: Nome alla sede: (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

SE3: Indirizzo della sede: (comune, via, num civico, cap)

SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede: (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

SE5: Telefono di riferimento sede (indicare il numero senza prefisso internazionale)

SE6: Telefax sede (indicare il numero senza prefisso internazionale)

SE7: Indirizzo e-mail sede (indicare indirizzo e-mail)

SE8: Persona di riferimento sede (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ☐ **ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
 - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ☐ **ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ☐ **ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

Personale utilizzato dal Soggetto

Compilare il Modulo 9 ed allegare il materiale richiesto relativo al personale utilizzato presso ogni singola sede. Nel caso di un numero elevato di personale utilizzato, allegare più Moduli 9 e i relativi documenti necessari ad elencare tutto il personale.

- ☒ **ALL.015: (vedi Modulo 9)** dichiarare l'elenco nominativo, comprensivo del luogo e della data di nascita, degli operatori suddivisi secondo:
- il loro inquadramento: volontari (per le Organizzazioni di Volontariato e, qualora presenti, per le Cooperative Sociali), personale dipendente, giovani in servizio civile, altro;
 - le mansioni loro assegnate; soccorritori, autisti soccorritori, autisti, assistenti accompagnatori, personale amministrativo, centralinisti;
 - le tipologie di certificazioni abilitanti l'esercizio dell'attività per la quale è proposta la domanda completa di indicazione dell'Ente certificatore e del numero di registrazione.
 - dichiarare che soggetto richiedente può avvalersi di personale con differenti certificazioni purché ciascun servizio sia effettuato da operatori in possesso del requisito minimo previsto per ciascuna tipologia di trasporto.
- ☒ **ALL.016: (vedi Modulo 10)** dichiarazione circa la gratuità del servizio prestato rilasciata da ciascun addetto volontario;
- ☒ **ALL.017: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso di attestato di formazione di tutto il personale operativo per lo svolgimento delle attività per cui presenta la SCIA;
- ☒ **ALL.018: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso delle polizze assicurative per i rischi derivanti da: responsabilità civile per danni a terzi, compresi i trasportati, conseguenti sia alla circolazione degli autoveicoli sia allo svolgimento delle attività legate al servizio; infortuni occorsi agli operatori addetti alle attività di trasporto;
- ☒ **ALL.019: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso dell'iscrizione alle assicurazioni sociali del personale a rapporto d'impiego;
- ☒ **ALL.020: (vedi Modulo 11)** dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara che il personale, ad eccezione di quello volontario e dei giovani in servizio civile, è assunto con regolare contratto previsto da CCNL di cui sono rispettate le norme e che per il medesimo sono assolti gli obblighi contributivi previsti e conseguentemente non vi è alcun ricorso a forme di collaborazioni irregolari;

Mezzi utilizzati dal Soggetto

Compilare il Modulo 12 ed allegare il materiale richiesto relativo ai mezzi utilizzati presso ogni singola sede.

☒ **ALL.021:** (vedi Moduli 12 e 6) Elenco degli autoveicoli adibiti al trasporto sanitario con l'indicazione del tipo, modello e caratteristiche tecniche secondo la classificazione prevista dalla vigente normativa in materia, numero di targa, anno di immatricolazione, chilometri percorsi, e autocertificazione circa il possesso dei requisiti richiesti per l'attività per la quale è inoltrata la domanda.

☒ **ALL.022:** copia delle carte di circolazione e delle relative revisioni dei veicoli dichiarati in allegato ALL.021. (gli originali devono essere presenti a bordo dei veicoli).

N.B. La copia delle polizze assicurative di ogni veicolo è richiesta nell'allegato ALL.018 (Vedi sezione Personale)

Apparecchiature Elettromedicali utilizzati dal Soggetto

Compilare il Modulo 13 ed allegare il materiale richiesto relativo alle apparecchiature elettromedicali utilizzate presso ogni singola sede.

☒ **ALL.023:** (vedi Modulo 13) Elenco delle apparecchiature elettromedicali eventualmente possedute a qualsiasi titolo dal soggetto che richiede l'autorizzazione, con l'indicazione del nominativo di un ingegnere clinico responsabile della manutenzione ordinaria nel rispetto della normativa vigente;

☒ **ALL.024:** (vedi Modulo 14) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara chi è il responsabile della manutenzione ordinaria delle apparecchiature elettromedicali, nel rispetto della normativa vigente o di aver stipulato contratto di assistenza manutentiva;

Protezione dati personali

di cui:

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento relativo alla registrazione della SCIA presentata.

☐ (PRI) Acconsento all'utilizzo dei dati (Barrare la casella)

Data

Firma del richiedente

(timbro e firma)

COMUNICAZIONE ANTIMAFIA

AUTOCERTIFICAZIONE NEI CASI DI CUI ALL'ART. 89 DEL D.LGS 159/2011

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

In qualità di

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 dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa (*in caso contrario il richiedente dovrà indicare la situazione in cui si trova ed esplicitare la natura dei provvedimenti*);
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico (*o l'elencazione di quelli di cui è a conoscenza*);

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.

AUTOCERTIFICAZIONE DELLA QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE ECC.

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

Il sottoscritto (nome e cognome).....

Nato a il

Residente a via

Codice fiscale

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 dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

- di avere la qualità di legale rappresentante della seguente Associazione/Società

Associazione/Società.....

Con sede legale in

Partita IVA:.....

PEC Mail:.....

Telefono:.....

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.

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

- 1) di essere iscritto al registro delle imprese (nel caso di impresa);
- 2) di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento o insolvenza e di non aver presentato domanda di concordato (nel caso di impresa);
- 3) il possesso dei requisiti richiesti per l'attività per la quale è presentata la SCIA;
- 4) di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo;
- 5) di essere in possesso di attestato di formazione di tutto il personale operativo per lo svolgimento delle attività per cui presenta la SCIA;
- 6) di essere in possesso delle polizze assicurative per i rischi derivanti da:
 - responsabilità civile per danni a terzi, compresi i trasportati, conseguenti sia alla circolazione degli autoveicoli sia allo svolgimento delle attività legate al servizio;

- infortuni occorsi agli operatori addetti alle attività di trasporto;

7) l'iscrizione alle assicurazioni sociali del personale a rapporto d'impiego;

8) che gli autoveicoli hanno i requisiti richiesti per l'attività per la quale è presentata la SCIA;

9) che le dotazioni a bordo dei mezzi hanno i requisiti richiesti per l'attività per la quale è presentata la SCIA.

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.

Orario apertura sede

Indicare gli orari delle sedi dichiarate. Nel caso si hanno più di 7 sedi allegare un'autocertificazione con indicato gli orari delle sedi non riportate in questa dichiarazione

OR1: Orari sede Principale: (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR2: Orari sede Secondaria (1): (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR3: Orari sede Secondaria (2): (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR4: Orari sede Secondaria (): (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR5: Orari sede Secondaria (): (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR6: Orari sede Secondaria (): (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR7: Orari sede Secondaria (): (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

Luogo di conservazione delle cartelle individuali del personale

Indicare in quale sede operativa vengono stoccati i documenti.

LU1: Numero progressivo sede: (inserire numero di riferimento della sede ove vengono conservate le cartelle individuali del personale, il numero da indicare è quello dichiarato al punto Sede Operativa SE)

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRETTORE
SANITARIO DEL POSSESSO DEI TITOLI DI
STUDIO PER I MEDICI e ODONTOIATRI**

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

Il sottoscritto Dott.
Nato a il
Residente a via
Codice fiscale

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 dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

- di aver conseguito Diploma di Laurea in
In data presso l'Università di
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data.....presso
L'Università di
- di essere iscritto all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di..... dal al numero

- di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in

In data presso l'Università di

- la non sussistenza di incompatibilità legislative con l'attività svolta.

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.

ACCETTAZIONE DI INCARICO DEL DIRETTORE SANITARIO

Il sottoscritto Dr.....
nato a Prov. il
residente a Via
dichiaro di accettare l'incarico di Direttore Sanitario del
sito in
Via

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 dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

- di assumere le seguenti funzioni di vigilanza e controllo con particolare riferimento a:
 - a) l'organizzazione e il buon funzionamento dei servizi;
 - b) accertamento biennale (annuale solo dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età) della idoneità psicofisica degli addetti al trasporto. Per gli autisti possono essere effettuati o richiesti controlli accurati della funzione visiva e uditiva e dei requisiti psichici e fisici. Degli accertamenti eseguiti deve essere redatta apposita scheda sanitaria da inserirsi nella cartella personale di ciascun addetto;
 - c) accertamento dell'idoneità delle condizioni igieniche di sedi e mezzi di trasporto;
 - d) individuazione e attuazione delle procedure di sanificazione dei mezzi e profilassi per il personale;
 - e) accertamento del corretto smaltimento dei rifiuti sanitari;
 - f) l'assegnazione ai singoli servizi del personale sanitario, tecnico ed infermieristico che deve essere fornito dei titoli indispensabili per l'esercizio delle singole attività professionali;
 - g) il regolare funzionamento delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate sulle ambulanze;
 - h) il rispetto delle norme di tutela degli operatori contro i rischi derivanti dalla loro specifica attività;
 - i) la vigilanza sull'applicazione delle vigenti disposizioni in materia di presidi diagnostici, curativi e riabilitativi;

dichiara altresì

- la non sussistenza di incompatibilità all'assunzione dell'incarico e mi impegno a garantire la pronta reperibilità.

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.

**RISPETTO DEI
DISPOSTI DEL D.M. 10.03.1998
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 dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

di aver provveduto alla valutazione dei rischi di incendio ed all'adozione delle conseguenti misure di prevenzione e protezione, secondo i disposti del D.M. 10 marzo 1998 "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro".

Per la sede ubicata in

Dichiarata come:

☐ Sede principale ☐ Sede Secondaria (1) ☐ Sede Secondaria (2) ☐ Sede Secondaria (___)

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.

MODULO SEDI AGGIUNTIVE**Sede Operativa Secondaria (N°)** (da compilare se presente)**SE1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede)**SE2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)**SE3: Indirizzo della sede:** (comune, via, num civico, cap)**SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)**SE5: Telefono di riferimento sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)**SE6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)**SE7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)**SE8: Persona di riferimento sede** (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ☐ **ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
 - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ☐ **ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ☐ **ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

ELENCO DEI MEZZI UTILIZZATI DAL SOGGETTO PRESSO UNA SEDE DICHIARATA

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

Il sottoscritto (nome e cognome)
Comune e data di nascita
Residente a
Codice fiscale
Della società/soggetto
Partita IVA

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 dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

SEDE OPERATIVA

--

NUM.P ROG.	NUMERO DI TELAIO	TARGA	DATA PRIMA IMMATRICOLAZIONE	MODELLO	KM PERCORSI	PROPRIETA'	TIPOLOGIA VEICOLO	NOTE
1								
2								
3								
4								
5								
6								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Li _____

Data _____

Firma (*) _____

(*) 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.

ELENCO DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI UTILIZZATE DAL SOGGETTO PRESSO UNA SEDE DICHIARATA

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

Il sottoscritto (nome e cognome)

Comune e data di nascita

Residente a

Codice fiscale

Della società/soggetto

Partita IVA

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 del 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 dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

SEDE OPERATIVA

NUM. P ROG.	NUMERO DI SERIE	MARCA	MODELLO	TIPOLOGIA	DATA DI ACQUISTO	PROPRIETA'	REF. CLINICO.	NOTE
1								
2								
3								
4								
5								
6								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Lì

Data

Firma (*)

(*) 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.

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 dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

- che il responsabile della manutenzione ordinaria delle apparecchiature elettromedicali, nel rispetto della normativa vigente, è:

Il signor (nome e cognome)

Nato a il

Residente a via

Codice fiscale

In alternativa

- di aver stipulato contratto il seguente contratto di assistenza manutentiva:

.....

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.

ELENCO DEL PERSONALE ATTIVO PRESSO UNA SEDE DICHIARATA

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

Il sottoscritto (nome e cognome)

Comune e data di nascita

Residente a

Codice fiscale

Della società/soggetto

Partita IVA

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 dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

SEDE OPERATIVA

NUM.P ROG.	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	LUOGO DI NASCITA	DATA	INQUADRAMENTO	MANSIONI	CERTIFICAZIONI	NOTE
1									
2									
3									
4									
5									
6									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Li

Data

Firma (*)

(*) 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.

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

Prestante servizio presso la società/soggetto.....

Partita Iva 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 dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

- di collaborare e svolgere le attività compiute dal soggetto sopra indicato e di non percepire nessuna retribuzione economica.

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.

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 dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

- che il personale, ad eccezione di quello volontario e dei giovani in servizio civile, è assunto con regolare contratto previsto da CCNL di cui sono rispettate le norme e che per il medesimo sono assolti gli obblighi contributivi previsti e conseguentemente non vi è alcun ricorso a forme di collaborazioni irregolari;

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.