

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

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.

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

**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.

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;

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								

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.

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)