

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.

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.