

Istanza per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di un servizio di trasporto infermi e/o infortunati a mezzo ambulanza - Circolare Assessorato Sanità n. 6 del 17/04/2019.

A.S.P. Agrigento
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene Ambienti di Vita
Viale della Vittoria 321
92100 Agrigento

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ Telefono _____
Legale Rappresentante dell'Associazione _____

con sede legale in via _____ telefono _____
e-mail _____ pec _____

CHIEDE IL RILASCIO/RINNOVO

dell'autorizzazione di un servizio di trasporto infermi e/o infortunati a mezzo ambulanza di **tipo A:**
(indicare Marca, Modello, Targa)

nei locali siti in via _____ nel Comune di _____

comunica che intende/non intende esercitare, oltre al trasporto ordinario, anche l'attività di soccorso di malati e feriti.

Dichiara che i mezzi rispettano i requisiti previsti dai DD.MM. del 17/12/1987 n. 533, 20/11/1997 n. 487, 01/09/2009 n.17.

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiara che: l'associazione di volontariato è:**

iscritta

non iscritta

nel Registro Generale Regionale delle Organizzazioni di Volontariato, giusto Decreto dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro (esente bollo);

iscritta

non iscritta

nell'anagrafe unica delle Onlus (esente dal pagamento delle Tasse sulle Concessioni Governative sesto comma del numero d'ordine 5, titolo 1, della tariffa allegata al D.L.vo 230/91), l'orario di servizio dell'attività è così articolato:

Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato		Domenica	
dalle ore	alle ore												

Che la Direzione sanitaria è affidata al dott. _____

nato il _____ a _____ iscritto presso l'Ordine dei Medici

della Provincia di _____ n° _____

Allegati n° _____

Firma del Legale Rappresentante:

Data, _____
