

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 B:**
(indicare Marca, Modello, Targa)

nei locali siti in via _____ nel Comune di _____

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

iscritta non iscritta

nel Registro Generale Regionale delle Organizzazioni di Volontariato, giusto Decreto del 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, _____
