



Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

MODULO AUT_TRA_1

Alla c.a. Dirigente
Settore Autorizzazioni e Accreditamenti
Dipartimento Salute
Regione Marche

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI TRASPORTO SANITARIO

Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Nato/a a		Prov.	il
Residente a			Prov.
Via/Piazza			Civico
Codice Fiscale			
Tel.		mail	
PEC:			

in qualità di legale rappresentante dell'OdV/azienda/società:

Denominazione	
Forma giuridica	
Con sede legale in	
Via/Piazza	Civico
Codice Fiscale	P. IVA
Tel.	mail
PEC	



Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione per l'esercizio delle seguenti attività di trasporto sanitario nell'ambito della Regione Marche (art. 26 L.R. 36/98, così come modificata dalla L. R. 13/08):

	Tipologia attività
<input type="checkbox"/>	Soccorso avanzato con autoveicolo
<input type="checkbox"/>	Trasporti prevalentemente sanitari (TPS)
<input type="checkbox"/>	Trasporti non prevalentemente sanitari (TNPS)
<input type="checkbox"/>	Plasma e organi
<input type="checkbox"/>	Altri servizi

da effettuarsi attraverso i seguenti automezzi:

	Cod.	Tipologia automezzo
<input type="checkbox"/>	MED	Automedica
<input type="checkbox"/>	AALS	Ambulanza di soccorso avanzato
<input type="checkbox"/>	ABLS	Ambulanza di soccorso di base
<input type="checkbox"/>	SPEC	Veicoli di soccorso a uso speciale
<input type="checkbox"/>	TRA	Ambulanza di trasporto
<input type="checkbox"/>	DIS	Autoveicolo attrezzato per trasporto disabili
<input type="checkbox"/>	POR	Autoveicolo per trasporto plasma e organi

Rappresentando che le attività saranno svolte nella/e seguente/i sede/i operativa/e:

Sede principale	<hr/> <hr/>
Sedi secondarie/distaccate (se presenti)	<hr/> <hr/> <hr/>



Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

Sedi di sosta permanente (se presenti)	<hr/> <hr/> <hr/>
---	-------------------

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47, nonché dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci o formazione od uso di atti falsi, e in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, nonché consapevole che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà dai benefici eventualmente conseguiti:

REQUISITI GENERALI DI ORDINE SOGGETTIVO

- che nei propri confronti non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 6 del decreto legislativo n. 159/2011 o di una delle cause ostative previste dall'articolo 67 del decreto legislativo n. 159/2011;
- che non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 CPP, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; e che non è stata pronunciata sentenza passata in giudicato per uno o più reati di partecipazione ad una organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'articolo 45, paragrafo 1, direttiva CE 2004/18;
- che sono state pronunciate le seguenti sentenze di condanna passata in giudicato, o emessi i seguenti decreti penali di condanna divenuti irrevocabili, oppure le seguenti sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 cpp, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità:

AUTORITÀ CHE HA EMESSO IL PROVVEDIMENTO	TIPOLOGIA ED ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO EMESSO	SOGGETTO CONDANNATO	TIPO DI REATO, RIFERIMENTI NORMATIVI E PENA COMMINATA	EVENTUALI BENEFICI

- che non è stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del D. L. 13 maggio 1991, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203;
- che è stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del D. L. 13 maggio 1991 n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203, ma ne ha denunciato i fatti all'autorità giudiziaria;



Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

- che è informato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 della legge n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, anche in virtù di quanto espressamente specificato nella disciplina di gara che qui si intende integralmente trascritta ed accettata;

L'OdV/azienda/società:

- risulta iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio di _____ n. _____ R.E.A. in data _____;
- non risulta iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio in quanto non ne sussiste l'obbligo;
- risulta iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), con data di ultimo rinnovo del _____ ovvero iscritta nel seguente Albo/Registro regionale _____ con n. _____ e data _____;
- risulta associata alla seguente rete associativa _____;
- non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o di altra situazione equivalente secondo la legislazione vigente e non ha in corso procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011;

REQUISITI TECNICI DI AUTORIZZAZIONE

L'OdV/azienda/società:

- possiede i requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali di cui all'Allegato A, in relazione alla tipologia di attività di trasporto sanitario per le quali si richiede autorizzazione all'esercizio;
- impiega personale provvisto dei requisiti formativi di cui alle disposizioni normative nazionali e regionali di settore;
- rispetta le norme che regolamentano la formazione specifica e il rapporto di dipendenza o collaborazione del personale impiegato, con particolare riferimento alle disposizioni che disciplinano le assicurazioni obbligatorie antinfortunistiche e la previdenza;
- rispetta ogni altro obbligo imposto dalla L.R. n. 36/98 e dalle altre disposizioni vigenti in materia;

COMUNICA

che la Direzione Sanitaria è affidata a:

Cognome	Nome	
Nato/a a	Prov.	il
Laureato in		



Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

Presso l'Università di		il	
Isritto presso l'Ordine dei	Prov.	n.	
Specialista in			
Tel.		mail	

Che ha accettato l'incarico con la sottoscrizione apposta in calce e DICHIARA che:

- i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti;
- non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione;
- l'assenza di situazioni di incompatibilità con il ruolo assunto.

Si allegano i documenti previsti nel successivo "Quadro sinottico allegati".

Il sottoscritto dichiara, infine, di essere informato/a, ai sensi della normativa vigente sulla data protection, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma legale rappresentante

Data

Firma Direttore Sanitario
