



Manuale di autorizzazione e accreditamento per attività di trasporto sanitario

MODULO AUT_TRA_2

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

COMUNICAZIONE PERMANENZA POSSESSO DEI REQUISITI PER L'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	
E con sede operativa in		
Via/Piazza	Civico	
Codice Fiscale	P. IVA	
Tel.	mail	
PEC		



Manuale di autorizzazione e accreditamento per attività di trasporto sanitario

DICHIARA

- che non sussistono cambiamenti inerenti ai requisiti minimi di autorizzazione al trasporto sanitario;
- che sono intercorsi i seguenti cambiamenti strutturali, organizzativi, tecnologici/strumentali, professionali, etc.:

Si allega documentazione attestante e comprovante le modifiche di cui sopra, a integrazione di quelli previsti nel quadro sinottico ALL_AUT.

Data _____ Firma legale rappresentante _____

Data _____ Firma Direttore Sanitario _____