



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

**MODULO AUT\_TRA\_3**

Alla c.a. Responsabile  
Commissione Tecnica per l'Autorizzazione e  
l'Accreditamento del Trasporto Sanitario  
AST \_\_\_\_\_

### DOMANDA DI CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ AUTOMEZZO

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/ditta/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 della certificazione per il mezzo:

Fabbricante	
Modello	
Targa	
Data prima immatricolazione	
Km <i>(per eventuale mezzo usato)</i>	
Numero di telefono cellulare	

destinato a:

Cod.	Descrizione tipologia automezzo	
AUT	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 Specificare tipologia di mezzo: _____ _____ _____	<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	<input type="checkbox"/>

Per l'esecuzione delle seguenti attività:

	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

Per mezzo SPEC, specificare eventuali note di dettaglio circa la destinazione d'uso prevista:



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

qualora sia attiva una convenzione per il servizio di emergenza territoriale con un Ente del SSR e il mezzo vada in sostituzione di un altro non più abilitato come MED, AALS, ABL, fermo restando l'invarianza degli accordi contrattuali/convenzionamenti in essere, si rappresenta quanto di seguito:

<b>Dati mezzo sostituito (<i>non più abilitato</i>)</b>	
Targa del mezzo	
Selettiva radio	
Numero di telefono cellulare	

Si allega documentazione integrativa, secondo quanto previsto 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

---