



SCHEMA DI DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE

PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI TRASPORTO E SOCCORSO SANITARIO DELLA REGIONE MOLISE

Alla Direzione Generale per la Salute

Regione Molise - Via Genova n. 11

86100 CAMPOBASSO

Pec: regionemolise@cert.regione.molise.it

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'esercizio di attività di trasporto e soccorso sanitario

(D.M. 553 del 17.12.1987 - DCA n. 62 del 15.12.2017)

Il sottoscritto _____

nato a _____ (Prov. _____), il _____ residente a _____ (Prov. _____),

in Via _____ n. _____ Tel. _____,

E-mail _____; PEC _____,

Codice Fiscale _____;

Legale rappresentante dell'Associazione/Organizzazione _____

con sede legale in _____ Via _____

Codice fiscale / Partita IVA _____,

ai sensi D.M. 553 del 17.12.1987 - DCA n. 62 del 15.12.2017

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario per le seguenti tipologie di attività di trasporto sanitario (barrare le voci che interessano):

<i>Tipologia dei mezzi di trasporto sanitario e le professionalità, in relazione al tipo di intervento da autorizzare, così come previsti dall'Allegato A) punto 1 e punto 2 del DCA n. 62 del 15.12.2017:</i>	
<i>a) Ambulanza di trasporto - Tipo B</i>	
<i>b) Ambulanza di soccorso - Tipo A</i>	
<i>c) Ambulanza di soccorso avanzato - Tipo A1</i>	
<i>d) Auto medica - ambulanza di soccorso avanzato</i>	
<i>e) Autoveicolo attrezzato per trasporto disabili</i>	
<i>f) Autoveicolo per trasporto plasma e organi</i>	
<i>g) Autoveicolo ordinario per trasporti connessi a prestazioni sanitarie</i>	

Le attività saranno svolte nella/e sede/i operativa/e¹:

1) di Via _____ n. _____ Comune di: _____ dotata di:

¹ Allegato A) punto 3 del DCA n. 62 del 15.12.2017: descrivere dettagliatamente e corredare con planimetria i locali e i relativi servizi)

Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio (art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445).

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:

SEZIONE I – REQUISITI GENERALI DI ORDINE SOGGETTIVO

- ☐ che nei propri confronti non è pendente alcun procedimento ai sensi 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

la Associazione/Organizzazione: _____

☐ risulta iscritta nell'apposita sezione del Registro Regionale della Regione Molise al n. _____ come da Atto Regionale _____ n. _____ del: _____ previsto dall'art. 3 della L.R. n. 10/2017 e, qualora istituito, iscritto nel Registro Unico Nazione del Terzo Settore previsto dal Codice del Terzo Settore D. Lgs. N. 117/2017, istituito presso il Servizio Politiche Sociali della Regione Molise;

☐ 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 l'ambito geografico di interesse e di operatività è principalmente il territorio _____

☐ che è disponibile a fornire servizio ____/____ ore, su ____giorni su ____

SEZIONE II – REQUISITI TECNICI DI AUTORIZZAZIONE

- che la Direzione sanitaria/responsabilità è affidata al Dott. _____
Nato a _____ (Prov. _____) il _____ laureato
in _____ presso l'Università
degli studi di _____ il _____
specialista in _____ presso
l'Università degli studi di _____ il _____.
Iscritto presso l'Ordine dei _____ al n° _____ d'iscrizione,
della Provincia di _____.

Il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili, inoltre attesta l'esclusività ai sensi dell'Art. 6, comma 5, L.R. n. 18/2007 (divieto di cumulo);

- che l'Associazione/Organizzazione rappresentata impiega, nell'esercizio dell'attività di trasporto sanitario, mezzi provvisti dei requisiti stabiliti dall'Allegato A) punto 7 del DCA n. 62 del 15.12.2017, accertati e certificati dall'ASREM, prima del loro utilizzo;
- che l'Associazione/Organizzazione rappresentata impiega nella stessa attività, collaboratori provvisti dei requisiti e della formazione prevista dalle linee guida applicative di cui all'Allegato A) – "Percorsi formativi" del DCA n. 15 del 15.02.2019;

- che l'Associazione/Organizzazione rappresentata rispetta le norme che regolano la formazione specifica e il rapporto di dipendenza o collaborazione del personale impiegato con speciale riferimento alle disposizioni che disciplinano le assicurazioni obbligatorie antinfortunistiche e la previdenza;
- che l'Associazione/Organizzazione rappresentata rispetta ogni altro obbligo imposto dal DCA n. 62 del 15.12.2017 e dalle altre disposizioni vigenti in materia;
- che l'Associazione/Organizzazione rappresentata, possiede i requisiti di cui al **DCA n. 62 del 15.12.2017**.

Data _____

Firma leggibile del Direttore Sanitario _____

(Allegare copia di un valido documento d'identità personale e Curriculum vitae)

Firma leggibile del rappresentante legale _____

(Allegare copia di un valido documento d'identità personale)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____

Firma leggibile del rappresentante legale _____

Allegare i seguenti documenti - **Allegato A)** punto 4 del DCA n. 62 del 15.12.2017:

- a) Elenco dei mezzi di soccorso/trasporto con indicazioni di:
 1. Tipologia - (**Allegato A)** punto 1 del DCA n. 62 del 15.12.2017);
 2. Modello e marca;
 3. Numero di targa (o di immatricolazione ove la targa non sia prevista;
 4. Chilometraggio;
 5. Attrezzatura in dotazione;
 6. Tipo di servizio per il quale viene richiesta l'autorizzazione.
- b) Copia conforme all'originale degli atti di proprietà o altro titolo (ad es. libretto di circolazione) che certifichi la piena disponibilità dei mezzi per i quali si richiede l'autorizzazione;
- c) Nominativo del Direttore Sanitario e dichiarazione di accettazione dell'incarico da parte dello stesso, con allegato C.V., certificato di iscrizione all'ordine dei medici e un valido documento d'identità personale;
- d) Nominativo e recapito telefonico del legale rappresentante dell'associazione/organizzazione o suo delegato, cui il SSR farà riferimento per qualsiasi problematica inerente il servizio;
- e) Elenco del personale dipendente nelle varie forme previste dalla normativa e di quello volontario, impiegato nelle attività per cui si chiede l'autorizzazione, con l'indicazione delle relative mansioni, certificazioni di idoneità fisica alle mansioni e della specifica formazione;
- f) Documentazione idonea a comprovare la stipula delle assicurazioni previste dalle disposizioni vigenti;
- g) Planimetria della/e sede/i operativa/e dettagliata con indicazioni dei locali e servizi.

I presenti dati forniti vanno aggiornati al 31 dicembre di ogni anno.