Amministrazione destinataria

Comune di Alassio

Ufficio destinatario

Igiene e Sanità Pubblica

Domanda di autorizzazione per l'avvio o la variazione dell'attività di trasporto sanitario di pazienti

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale | **Tipologia**

Sede legale

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Codice Fiscale | **Partita IVA**

Telefono | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio | **Provincia** | **Numero Iscrizione**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

CHIEDE

○	il rilascio dell'autorizzazione per l'avvio dell'attività
○	la volturazione dell'autorizzazione

in precedenza autorizzato tramite autorizzazione o licenza

Numero	Data	Ente di riferimento

da non usare per presentazione cartacea

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☑ che nei propri confronti non sono state applicate con provvedimento definitivo una delle misure di prevenzione previste dal libro I, titoli I, capo II del Decreto Legislativo 06/09/2011 n. 159 (" *Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonchè nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia* ")
- ☑ di non aver riportato condanne penali ostative allo svolgimento dell'attività e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi dell'articolo 11 e dell'articolo 92 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773
- ☑ di non essere incapace di obbligarsi ai sensi dell'articolo 131 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773
- ☑ che nei confronti della società non sono state presentate nell'ultimo quinquennio istanze di fallimento o ammissione a concordato preventivo
- ☑ di essere in possesso di eventuali autorizzazioni/titoli preliminari necessari allo svolgimento dell'attività (ad esempio autorizzazioni scarichi/emissioni, nulla osta prevenzione incendi, ecc.)
- ☑ che i locali ed i servizi igienici sono conformi alle caratteristiche dettate dalle normative in materia sanitaria, edilizia, urbanistica e ad ogni altra normativa e regolamentazione vigente
- ☑ di avere la disponibilità dei locali, i quali sono indipendenti da abitazioni o altre attività e prevedono un unico ingresso per i clienti
- ☑ che l'edificio/i locali/l'area in cui si svolge l'attività ha/hanno una destinazione d'uso compatibile con l'attività oggetto della domanda di autorizzazione

possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività

(da compilare in caso di avvio dell'attività e volturazione dell'autorizzazione)

Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali

- ○ unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- ○ oltre al sottoscrivente ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modello "autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti")

medico responsabile

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Laurea conseguita in	Rilasciata da	Data
Iscritto all'ordine professionale dei	**Della Provincia di**	**Numero di iscrizione**

da non usare per presentazione cartac

AVVIO DELL'ATTIVITA' (A0)

Affluenza/capienza

- ○ il locale prevede la presenza di pubblico per un massimo di 200 persone
- ○ il locale prevede la presenza di pubblico per oltre 200 persone

Titolo autorizzativo	Numero	Data	Ente di riferimento
licenza di agibilità articolo 80 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773			

Codici ATECO attività svolte dell'impresa (da compilare se l'attività è svolta in forma imprenditoriale)

Codice ATECO (ad esempio 14.11.00)	Anno	Validazione codice

Numero addetti (indicare il numero di addetti previsto al momento della presentazione della pratica, indipendentemente dalla tipologia contrattuale. Per addetto si intende chiunque ed a qualunque titolo lavori presso la sede operativa della ditta oggetto della presente segnalazione)

Durata dell'attività

- ○ permanente
- ○ temporanea dal al — compilare entrambe le date poiché in questo caso la pratica è valida sia per l'avvio che per la cessazione dell'attività.
- ○ stagionale dal al
  dal al

Superfici

Superficie prevista per l'esercizio dell'attività	Superficie per altro uso (magazzini, servizi, ecc.)	Superficie complessiva
m²	m²	m²

VOLTURAZIONE AUTORIZZAZIONE - subingresso a

Denominazione/Ragione sociale **Tipologia**

Sede legale

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** ☐ **CAP**

Codice fiscale **Partita IVA**

A far tempo dal giorno **A seguito di** **Descrizione**

DICHIARA INOLTRE

che per lo svolgimento dell'attività sono previste le seguenti sedi operative ubicate nel medesimo Comune

sede operativa

Particella terreni o Unità imm. urbana **Cod. cat.** **Sezione** **Foglio** **Particella** **Subalterno** **Categoria** **Visura** ☐

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** ☐ **CAP**

☐ ulteriore sede operativa

Particella terreni o Unità imm. urbana **Cod. cat.** **Sezione** **Foglio** **Particella** **Subalterno** **Categoria** **Visura** ☐

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** ☐ **CAP**

Pagina non usare per presentazione cartacea

☐ **ulteriore sede operativa**

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
							☐

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

☐ **ulteriore sede operativa**

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
							☐

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

☐ **referente per la pratica**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
- ☐ copia dell'atto di cessione o dichiarazione notarile o dichiarazione sostitutiva degli eredi in caso di subentro mortis causa
- ☑ elenco degli autoveicoli o dei mezzi destinati al trasporto sanitario
- ☑ elenco del personale destinato al trasporto sanitario
- ☑ dichiarazione del possesso dei requisiti del personale addetto alla guida destinato al trasporto sanitario
- ☑ copia della polizza assicurativa per il trasporto sanitario
- ☑ dichiarazione di accettazione dell'incarico del medico responsabile
- ☑ certificato di iscrizione all'ordine provinciale del medico responsabile per il trasporto sanitario
- ☑ pagamento dell'imposta di bollo
- ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
  (da allegare se previsti)
- ☐ copia del permesso di soggiorno
  (da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ☐ copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- ☐ altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Alassio		

da non usare per presentazione cartac