

**DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO SANITARIO**  
**L.R.25/2001 - R.R. 46/2001**

Al Sindaco del Comune di Fucecchio

All'Azienda USL 11

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
dell'ente/associazione/impresa \_\_\_\_\_  
avente sede legale in \_\_\_\_\_  
C.F. o P.I. \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ fax (eventuale) \_\_\_\_\_  
e-mail (eventuale) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario mediante l'utilizzo di autoambulanze rispondenti ai seguenti requisiti, ai sensi dell'art.1 comma 1 della L.R.25/2001

- trasporto sanitario di soccorso e rianimazione mediante autoambulanze di tipo **A** con carrozzeria definita "autoambulanza di soccorso"
- trasporto sanitario di soccorso e rianimazione mediante autoambulanze di tipo **A1** con carrozzeria definita "autoambulanza di soccorso per le emergenze speciali"
- trasporto sanitario di primo soccorso ed ordinario da espletare mediante autoambulanza di tipo **B**, con carrozzeria definita "autoambulanza di trasporto"

A tal fine, ai sensi dell'art.47 del D.P.R.28 dicembre 2000 n°445, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci è prevista la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo 196/2003, e dichiara che:

- l'ente/associazione/impresa è in possesso, oltre a quella legale, delle seguenti sedi \_\_\_\_\_

---

- le autoambulanze hanno le caratteristiche tecniche previste per l'attività di trasporto sanitario per cui viene presentata la domanda e sono dotate delle idonee attrezzature tecniche e sanitarie;
- il personale da adibire alla guida è idoneo;
- il personale da adibire a soccorso ha la formazione professionale prevista per ciascun tipo di attività di trasporto sanitario per cui si richiede l'autorizzazione;
- il personale medico ha la prescritta qualificazione ed è:
  - assunto con contratto di lavoro dipendente
  - libero professionista con rapporto diretto
  - fornito dall'Azienda USL
- tutti i requisiti rispondono a quanto stabilito dalla L.R.25/2001.

Luogo e data

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

Alternative per la firma della domanda:

Se la domanda è presentata all'ufficio protocollo del comune oppure spedita per posta occorre allegare una fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Se invece la domanda è presentata direttamente ad uno dei dipendenti addetti il modulo viene firmato in presenza dell'impiegato comunale.

Firma dell'impiegato ricevente \_\_\_\_\_

Allegati (in originale per il Comune e in copia per l'Azienda USL):

- nel caso di impresa certificato di iscrizione al registro delle imprese e atto costitutivo in caso di società;
- nel caso di ente o associazione atto costitutivo o statuto, da cui risulti tra i fini statuari il trasporto sanitario – le organizzazioni di volontariato iscritte nel Registro regionale di cui alla L.R.28/1993 sono esonerate dal produrre questo documento, e devono indicare solamente gli estremi del provvedimento di iscrizione nel Registro e presso quale ente è depositato.

