



Marca da bollo
€ 16
(da applicare e
annullare
sull'originale della
domanda)

**CODICE IDENTIFICATIVO DELLA
MARCA DA BOLLO:**

RACCOMANDATA R.R./PEC

Alla Regione Umbria
Direzione Regionale Salute e Welfare
Servizio Accreditamento, Valutazione di Qualità e Comunicazione
Via Mario Angeloni, 61 - Palazzo Broletto
06124 PERUGIA

PEC: direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a _____ Prov. _____ il _____
Residente a _____ via/piazza _____
n. civico _____ cap. _____ Comune _____ Prov. _____
Codice Fiscale n: _____
Telefono n _____ e-mail _____
nella sua qualità di legale rappresentante del soggetto _____
con Sede Legale in via/piazza _____
_____ n. civico _____
cap. _____ Comune _____ Prov. _____
n. di telefono _____ n. di fax _____
e-mail _____
indirizzo PEC _____

PRESENTA¹

☐ **istanza al fine del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario.**

A CORREDO della presente DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE si allega:

- Fotocopia del documento di identità del Titolare/Legale rappresentante;
- Copia dello Statuto societario e dell'atto costitutivo;
- Autocertificazione che attesti l'iscrizione nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato o appartenenza al Comitato regionale della Croce Rossa Italiana ovvero alla Camera di Commercio;
- Certificato rilasciato dall'Azienda USL territorialmente competente ai sensi del Regolamento regionale n.3 del 2017 attestante il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi generali e specifici per l'esercizio dell'attività di trasporto sanitario;
- N. 1 marca da bollo di € 16,00 da applicare nella presente istanza.

☐ **istanza al fine del rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale dell'attività di trasporto sanitario**

A CORREDO della presente DOMANDA DI ACCREDITAMENTO si allega:

- Fotocopia del documento di identità del Titolare/Legale rappresentante;
- Copia Autorizzazione all'Esercizio
- Check list di Autovalutazione Allegato B "requisiti per l'accREDITamento delle strutture che erogano servizi di trasporto sanitario e prevalentemente sanitario

Data _____

Firma legale rappresentante/titolare _____

¹ Selezionare il tipo di istanza che si intende presentare. E' possibile in prima autorizzazione presentare contestualmente entrambe le istanze.



Il Sottoscritto inoltre in qualità di titolare/legale rappresentante ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

1. che sussistono tutti i presupposti e i requisiti prescritti dalle leggi vigenti per l'esercizio dell'attività oggetto della presente domanda;
2. di essere in possesso dei requisiti morali e professionali necessari per lo svolgimento dell'attività oggetto presente domanda;
3. che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 della vigente normativa antimafia (D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.);
4. di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di cui alla presente Segnalazione.

e si IMPEGNA, in nome del soggetto:

5. ad osservare i requisiti e le prescrizioni del REGOLAMENTO REGIONALE 7 aprile 2015 n. 3 Requisiti per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO all'esercizio del trasporto sanitario e prevalentemente sanitario, in attuazione dell'articolo 58, commi 4 e 6 della legge regionale 12 novembre 2012, n. 18 (Umbria, BUR 15 aprile 2015, n. 21) e relativi allegati: Allegato A "requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario e prevalentemente sanitario" e Allegato B "requisiti per l'accREDITAMENTO delle strutture che erogano servizi di trasporto sanitario e prevalentemente sanitario".

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Data _____

Firma legale rappresentante/titolare _____