

Alla Regione Lazio Direzione Regionale  
Salute ed integrazione Socio Sanitaria –  
Area autorizzazione ed accreditamento  
[autorizzazione-accREDITAMENTO@regione.lazio.legalmail.it](mailto:autorizzazione-accREDITAMENTO@regione.lazio.legalmail.it)

Oggetto: richiesta autorizzazione trasporto infermi – L.R. 49/89.

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Legale rappresentante della Società \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e.mail \_\_\_\_\_

Indirizzo sede operativa \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

chiede

ai sensi della L.R. n. 49 del 17/07/1989 e del D.C.A. n. 90 del 10/11/10 (Modificato ed integrato dal DCA 8/2011 e s.m.i.)

l'autorizzazione all'attività per Trasporto Infermi, mediante i seguenti mezzi di soccorso

| Marca | Tipo | Targa | Categoria |
|-------|------|-------|-----------|
|       |      |       |           |
|       |      |       |           |
|       |      |       |           |
|       |      |       |           |

Si allega la seguente documentazione in duplice copia:

1. atto costitutivo;
2. statuto;
3. il regolamento per lo svolgimento del servizio datato e firmato dal Legale rappresentante e dal Responsabile Medico del Servizio;
4. Versamento sul CCP n. 11439015 intestato ad AUSL VITERBO – Servizio di Igiene e Sanità Pubblica oppure su c/c bancario IBAN IT66R010051450000000218040 - Banca Nazionale del Lavoro SPA - di entità come di seguito determinata:

- per sede operativa fino a 50 mq di superficie coperta € 91,10 causale IP 0099 secondo il vigente tariffario regionale;
- per ogni 25 mq in più o frazioni € 15,18 causale IP 0100
- per ogni mezzo da autorizzare € 113,88 causale IP 0016 secondo il vigente tariffario regionale;

5. planimetrie dei locali della sede operativa in scala 1:100 con 2 sezioni idonee a raffigurare anche eventuali diversità di altezza, datate e firmate dal richiedente (Legale Rappresentante) e da un professionista abilitato; le piantine planimetriche dovranno essere quindi di recente redazione e recare sul frontespizio il tipo di autorizzazione, la tipologia dell'attività, la denominazione e la ragione sociale del richiedente, la via, il numero civico, piano ed interno dell'insediamento, la superficie totale; per ogni singolo ambiente andranno riportati l'uso, la superficie e la cubatura totale, l'altezza, la superficie delle finestrate, distinguendo quelle fisse da quelle apribili, eventuali attrezzature installate; 6. un elenco dei mezzi adibiti al trasporto di ammalati datato e firmato, con l'indicazione della tipologia dei mezzi ai sensi del D.C.A. n. 90/10 e DCA 8/2011 e s.m.i. i numeri di targa e la descrizione delle caratteristiche tecniche;

7. tanti elenchi, quanti sono i mezzi da autorizzare, delle attrezzature e del materiale sanitario in dotazione di ciascun mezzo, datati e firmati dal Responsabile Sanitario;

8. un elenco attrezzature e del materiale sanitario presente nella sede, datato e firmato;

9. L'elenco del personale a rapporto di impiego e di quello volontario, con l'indicazione delle mansioni singole o cumulate (ad es: infermiere professionale, barelliere, autista, centralinista), datato e firmato dal Legale rappresentante;

10. Autodichiarazione datata e firmata del Responsabile Sanitario del Servizio Trasporto Infermi, relativa all'accettazione dell'incarico comprendente espresso impegno di pronta reperibilità, ai titoli di studio posseduti, all'iscrizione all'Ordine dei Medici e Chirurghi, all'inesistenza di situazioni di incompatibilità secondo le vigenti disposizioni di legge, con allegata fotocopia del documento di identità;

11. Autodichiarazione datata e firmata dei Medici specialisti in Anestesia e Pronto Soccorso relativa all'accettazione dell'incarico comprendente espresso impegno di pronta reperibilità, ai titoli di studio posseduti, all'iscrizione all'Ordine dei Medici e Chirurghi, all'inesistenza di situazioni di incompatibilità secondo le vigenti disposizioni di legge, con allegata fotocopia del documento di identità (esclusivamente per ambulanze di Tipo A);

12. Autodichiarazione del personale dei profili sanitari relativa ai titoli di studio posseduti all'inesistenza di situazioni di incompatibilità secondo le vigenti disposizioni di legge, con allegata fotocopia del documento di identità;

13. le copie dei certificati di abilitazione alla guida dei mezzi del personale addetto alla loro conduzione;
14. la documentazione attestante la regolare posizione del personale a rapporto d'impiego dipendente agli effetti dell'iscrizione alle assicurazioni sociali;
15. gli originali delle dichiarazioni, datate e firmate, rilasciate da ciascun volontario, controfirmate dal Legale Rappresentante, circa la gratuità del servizio prestato;
16. copia delle polizze assicurative per tutti i mezzi relative a:
  - a) responsabilità civile per danni a terzi, compresi i trasportati, conseguenti sia la circolazione dei mezzi, sia lo svolgimento delle attività di soccorso estranee alla circolazione stradale;
  - b) infortuni a favore del personale addetto alle attività di trasporto e soccorso.

Data \_\_\_\_\_

(Firma Legale Rappresentante)