

Oggetto: richiesta di variazione del Parco Automezzi – L.R. 49/89.

Il/la sottoscritt _____

Nato/a a _____ il _____

Legale rappresentante della Società _____

Indirizzo sede legale _____

_____ telefono _____ fax _____

e.mail _____

con sede operativa in _____

telefono _____ fax _____ e.mail _____

nominativo Medico Responsabile del Servizio _____

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.) la modifica del Parco Automezzi del Servizio di Trasporto Infermi, autorizzato con Determina Regionale _____.

Automezzi cessati

Marca	Tipo	Targa	Categoria

Automezzi nuovi

Marca	Tipo	Targa	Categoria

Si allega la seguente documentazione:

- tanti elenchi, quanti sono i nuovi mezzi da autorizzare, delle attrezzature e del materiale sanitario in dotazione di ciascun mezzo, datati e firmati dal Responsabile Sanitario
 - copia delle polizze assicurative per tutti i nuovi mezzi relative 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 infortuni a favore del personale addetto alle attività di trasporto e soccorso
 - Ricevuta di pagamento effettuato sul:
 - CCP n. 11439015 intestato ad AUSL VITERBO – Servizio di Igiene e Sanità Pubblica;
 - su c/c bancario IBAN IT66R010051450000000218040 - Banca Nazionale del Lavoro SPA –
- per ogni mezzo da autorizzare € 113,88 causale IP 0016 secondo il vigente tariffario regionale.

Data _____

(Firma Legale Rappresentante)