

Istanza per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di un servizio di trasporto infermi e/o infortunati a mezzo ambulanza - Circolare Assessorato Sanità n. 6 del 17/04/2019.

A.S.P. Agrigento  
Dipartimento di Prevenzione  
Servizio Igiene Ambienti di Vita  
Viale della Vittoria 321  
92100 Agrigento

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Legale Rappresentante dell'Associazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

con sede legale in via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RILASCIO/RINNOVO**

dell'autorizzazione di un servizio di trasporto infermi e/o infortunati a mezzo ambulanza di **tipo A:**  
(indicare Marca, Modello, Targa)

\_\_\_\_\_

nei locali siti in via \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

comunica che intende/non intende esercitare, oltre al trasporto ordinario, anche l'attività di soccorso di malati e feriti.

Dichiara che i mezzi rispettano i requisiti previsti dai DD.MM. del 17/12/1987 n. 533, 20/11/1997 n. 487, 01/09/2009 n.17.

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiara che: l'associazione di volontariato è:**

iscritta

non iscritta

nel Registro Generale Regionale delle Organizzazioni di Volontariato, giusto Decreto dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro (esente bollo);

iscritta

non iscritta

nell'anagrafe unica delle Onlus (esente dal pagamento delle Tasse sulle Concessioni Governative sesto comma del numero d'ordine 5, titolo 1, della tariffa allegata al D.L.vo 230/91), l'orario di servizio dell'attività è così articolato:

Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato		Domenica	
dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore

Che la Direzione sanitaria è affidata al dott. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ iscritto presso l'Ordine dei Medici

della Provincia di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Allegati n° \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante:

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_