

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO
--

Al Direttore Generale
Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin
San Polo, 2513
30125 Venezia

Oggetto: Autorizzazione all'esercizio dell'attività di soccorso e trasporto sanitario
con ambulanza

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ cap _____

via _____ n. _____

codice fiscale _____ telefono _____

in qualità di

- ☐ titolare di impresa individuale
☐ legale rappresentante della struttura

denominazione _____

con sede legale a _____ cap _____

via _____ n. _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

telefono _____ fax _____

indirizzo posta elettronica certificata _____

chiede l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di:

- ☐ soccorso e trasporto con ambulanza
☐ trasporto con ambulanza

per la/e seguente/i base/i operativa/e:

Comune	Via	Tipo
		principale
		secondaria
		secondaria

e per il/i seguente/i automezzo/i:

Marca e modello	Targa	Tipo ¹

¹Specificare se ambulanza di soccorso, ambulanza di trasporto o automedica

Allega la seguente documentazione:

- Autorizzazione alla realizzazione della struttura
- Relazione sintetica di presentazione della struttura (tipologia, missione, organigramma, dotazione organica)
- Planimetria dei locali con l'indicazione funzionale dei locali
- Dichiarazione di assunzione della Direzione Sanitaria da parte del medico
- Liste di verifica dei requisiti
- Autocertificazione antimafia
- Autocertificazione casellario giudiziario

Informativa sulla privacy ai sensi dell'art. 13, D.Lgs.196/2003

Ai sensi del D.Lgs.196/2003 i dati forniti saranno trattati per la finalità di gestione amministrativa delle procedure previste dalla L.R. 22/2002, compresa la creazione di archivi web, spedizioni per posta, fax ed email di comunicazione.

Data_____

Firma_____