

Questo documento è un facsimile del modello presente sul servizio telematico di accettazione regionale STAR e ai fini della presentazione della pratica non può essere utilizzato quale file allegato.

ALLEGATO



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

Al SUAP del Comune di _____	<i>Compilato a cura del SUAP:</i>
	Pratica _____
	del _____
	Protocollo _____

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA ATTIVITÀ DI TRASPORTO SANITARIO DI SOCCORSO

(ART.7 L.R. 83/2019)

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

ai sensi dell'art. 7 della legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83 "Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario"

CHE L'ASSOCIAZIONE/IMPRESA

**SIA AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ' DI TRASPORTO SANITARIO
DI SOCCORSO**

per la seguente tipologia di attività:

- Trasporto sanitario **di soccorso di base**, mediante autoambulanza di tipo B;
- Trasporto sanitario **di primo soccorso**, mediante autoambulanza di tipo A e di tipo A1;
- Trasporto sanitario **di soccorso avanzato**, mediante autoambulanza di tipo A e di tipo A1;

DICHIARAZIONI SUL POSSESSO DEI REQUISITI

Questo documento è un facsimile del modello presente sul servizio telematico di accettazione regionale STAR e ai fini della presentazione della pratica non può essere utilizzato quale file allegato.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del DPR del 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000, nonché a conoscenza di quanto previsto dall'art. 75 del DPR medesimo, in merito alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera – sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (art. 67 comma 1 lett. f) d.lgs 159/2011)

Quali sono le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla legge (D.Lgs. n. 159/2011)?

- *-provvedimenti definitivi di applicazione delle misure di prevenzione personale (sorveglianza speciale di pubblica sicurezza oppure obbligo di soggiorno nel comune di residenza o di dimora abituale - art. 5 del D.Lgs 159/2011);*
- *condanne con sentenza definitiva o confermata in appello per uno dei delitti consumati o tentati elencati nell'art. 51, comma 3-bis, del Codice di procedura penale (per esempio, associazione di tipo mafioso o associazione finalizzata al traffico di stupefacenti, ecc.).*

Nel caso di associazione di volontariato selezionare una delle due scelte:

- che l'associazione di volontariato è iscritta nel registro unico nazionale del Terzo settore di cui all'art. 45 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106) con provvedimento nr. _____ del _____
- solo qualora non siano stati indicati gli estremi del provvedimento di iscrizione nel registro unico nazionale del Terzo settore di cui all'art. 45 del d. lgs. n. 117/2017, allega copia atto costitutivo e dello statuto dal quale risulti, fra i fini statutari, l'attività di trasporto sanitario

- che l'associazione/impresa possiede, per la tipologia di attività sopra indicata, i requisiti previsti dalla legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83 "Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario" e dal relativo regolamento di attuazione, D.P.G.R. 1 dicembre 2021, n. 46/R.
- che l'associazione/impresa, oltre alla sede legale, ha la/e seguente/i sede/i operativa/e ubicata/e in:

INDIRIZZO DELLA SEDE OPERATIVA

via/piazza _____ n. _____ comune
_____ provincia _____

Questo documento è un facsimile del modello presente sul servizio telematico di accettazione regionale STAR e ai fini della presentazione della pratica non può essere utilizzato quale file allegato.

DATI CATASTALI

Foglio n. _____ map. _____ (se presenti) sub.
_____ sez. _____

Catasto fabbricati

(ripetibile)

ULTERIORI DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- che i locali di esercizio di rispettano le norme urbanistiche, edilizie, igienico-sanitarie, di sicurezza nei luoghi di lavoro e di prevenzione incendi nonché quelle relative alle destinazioni d'uso.
- di essere consapevole di essere tenuto a rispettare gli obblighi di cui all'art. 3 lett. b), c) d) ed e) della legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83 "Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario"
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato.

Attenzione: qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (art. 75 del DPR 445 del 2000).

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n .2016/679 del 27 aprile 2016)

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa pubblicata sul sito istituzionale del SUAP a cui è rivolta la presente istanza.

Questo documento è un facsimile del modello presente sul servizio telematico di accettazione regionale STAR e ai fini della presentazione della pratica non può essere utilizzato quale file allegato.

Quadro riepilogativo della documentazione allegata

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA COMUNICAZIONE		
Allegato	Denominazione	Casi in cui è previsto
<input type="checkbox"/>	Procura/Delega	Nel caso di procura/delega a presentare la comunicazione
<input type="checkbox"/>	Dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soggetti (Allegato A) + copia del documento di identità	Sempre obbligatorio, in presenza di soggetti (es. soci) diversi dal dichiarante
✓	Elenco delle autoambulanze (specificando la tipologia del mezzo: tipo A,A1, B, il modello, la targa)	Sempre obbligatorio
✓	Elenco dei soccorritori (specificando il nominativo ed il livello di formazione posseduto: autista urgenza, autista emergenza, soccorritore livello base, soccorritore livello avanzato, soccorritore maxiemergenze)	Sempre obbligatorio
<input type="checkbox"/>	Copia atto costitutivo e dello statuto dal quale risulti, fra i fini statutari, l'attività di trasporto sanitario.	Nel caso di ente o associazioni di volontariato, solo qualora non siano stati indicati nell'istanza gli estremi del provvedimento di iscrizione nel registro unico nazionale del Terzo settore di cui all'art. 45 del d. lgs. n. 117/2017

ALTRI ALLEGATI (attestazioni relative al versamento di oneri, di diritti etc.)

Allegato	Denominazione	Casi in cui è previsto
<input type="checkbox"/>	Attestazione del versamento di oneri, di diritti, ecc.	Ove previsti, nella misura e con le modalità indicate sul sito dell'amministrazione.
✓	- Attestazione del versamento dell'imposta di bollo: estremi del codice identificativo della marca da bollo, che deve essere annullata e conservata dall'interessato;	Sempre obbligatoria Sono esenti dal pagamento dell'imposta di bollo gli enti di cui all'art. 82, comma 1 del D.

Questo documento è un facsimile del modello presente sul servizio telematico di accettazione regionale STAR e ai fini della presentazione della pratica non può essere utilizzato quale file allegato.

	<p><i>ovvero</i></p> <p>- Assolvimento dell'imposta di bollo con le altre modalità previste, anche in modalità virtuale o tramite @bollo</p>	<p>Lgs. 117/2017 ai sensi di quanto previsto dal comma 5 del medesimo art. 82, D.Lgs. 117/2017</p>
--	--	--

