

Segnalazione Certificata di inizio attività TRASPORTO SANITARIO

(inviare la SCIA alla ATS di competenza territoriale)

Dati Soggetto

S1: La sottoscritta Associazione/Società: (Inserire denominazione sociale)

S2: con sede legale in: (comune, via, num civico, cap)

S3: con sede operativa principale in: (comune, via, num civico, cap)

S4: CeFRA di riferimento:

S6: Codice fiscale:

S8: PEC Mail:

S5: Partita IVA:

S7: Telefono

S9: Telefax

Dati legale rappresentante

di cui il legale rappresentante Il Sig./Sig.ra:

L1: Cognome:

L2: Nome:

L3: Sesso: (Inserire M o F)

L4: Codice fiscale:

L5: Nato/a a: (comune)

L6: Provincia di nascita: (nel formato due lettere)

L7: Data di nascita: (gg/mm/aaaa)

L8: Residente a: (comune, via, num civico, cap)

Allegare alla SCIA i seguenti documenti:

ALL001. Copia della carta di identità del legale rappresentante.

ALL002. Copia del codice fiscale del legale rappresentante.

ALL003. Dichiarazione sostitutiva di Certificazione Antimafia (vedi Modulo 1)

dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 rilasciata ai sensi della normativa vigente;

ALL004. Dichiarazione sostitutiva del Legale Rappresentante del soggetto richiedente (vedi Moduli 2 e 6)

dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il Legale Rappresentante del soggetto richiedente dichiara:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti

amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa. In caso contrario il richiedente dovrà indicare la situazione in cui si trova ed esplicitare la natura dei provvedimenti ;



- di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico o l'elencazione di quelli di cui è a conoscenza;
- di essere iscritto al registro delle imprese (nel caso di impresa);
- di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento o insolvenza e di non aver presentato domanda di concordato (nel caso di impresa);

**CERTIFICA E DICHIARA DI AVERE TUTTI I REQUISITI RICHIESTI DALLA
NORMATIVA VIGENTE E CHE I DATI PRESENTI IN QUESTA COMUNICAZIONE
SONO REALI AL FINE DI EFFETTUARE
TRASPORTO SANITARIO**

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

Riepilogo dati da compilare: (Selezionare l'attività che si intende dichiarare MAX una selezione)

| Selezio nare l'attività | Attività da dichiarare | Campi da compilare e allegati da inviare | Inviare a: |
|-------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | N2 Nuova attività trasporto sanitario. | Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14). (*) allegare gli allegati in base al tipo di soggetto | ATS di competenza territoriale |
| <input type="checkbox"/> | N5 Nuova attività trasporto sanitario. | Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore | ATS di competenza |

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|--------------------------------|
| | | <p>sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p>Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14).</p> <p>(* allegare gli allegati in base al tipo di soggetto</p> | territoriale |
| <input type="checkbox"/> | TSS9 Nuova attività trasporto sanitario. | <p>Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p>Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14).</p> <p>(* allegare gli allegati in base al tipo di soggetto</p> | ATS di competenza territoriale |
| | TS1 Cambio sede. | <p>Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p>Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14, ALL15 (Modulo8).</p> | ATS di competenza territoriale |
| <input type="checkbox"/> | TS2 Modifica della struttura di una sede già dichiarata. | <p>Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Modifica Sedi Operative (SEM), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p>Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL25, ALL26 (Modulo8).</p> | ATS di competenza territoriale |
| <input checked="" type="checkbox"/> | TS3 Aggiunta di una nuova sede operativa. | <p>Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p>Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8).</p> | ATS di competenza territoriale |
| <input type="checkbox"/> | TS5 Un nuovo mezzo. | <p>Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), Mezzi in uso (ME), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p>Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL21 (Modulo12), ALL22.</p> | ATS di competenza territoriale |
| <input type="checkbox"/> | SS1 Cambio sede. | <p>Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p>Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8).</p> | ATS di competenza territoriale |

| | | | |
|--------------------------|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | SS2 Modifica della struttura di una sede già dichiarata. | Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Modifica Sedi Operative (SEM), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL25, ALL26 (Modulo8). | ATS di competenza territoriale |
| <input type="checkbox"/> | SS3 Aggiunta di una nuova sede operativa. | Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8). | ATS di competenza territoriale |
| <input type="checkbox"/> | SS5 Un nuovo mezzo. | Campi: Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), Mezzi in uso (ME), Autorizzazione Dati Personali (PRI). Allegati: ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL21 (Modulo12), ALL22. | ATS di competenza territoriale |

Orario apertura sede

Indicare gli orari delle sedi dichiarate. Nel caso si hanno più di 7 sedi allegare un'autocertificazione con indicato gli orari delle sedi non riportate in questa dichiarazione

OR1: Orari sede Principale: (Inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR2: Orari sede Secondaria (1): (Inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR3: Orari sede Secondaria (2): (Inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR4: Orari sede Secondaria (): (Inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR5: Orari sede Secondaria (): (Inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR6: Orari sede Secondaria (): (Inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

OR7: Orari sede Secondaria (): (Inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

Luogo di conservazione delle cartelle individuali del personale

Indicare in quale sede operativa vengono stoccati i documenti.

LU1: Numero progressivo sede: (Inserire numero di riferimento della sede ove vengono conservate le cartelle individuali del personale, il numero da indicare è quello dichiarato al punto Sede Operativa SE)

Sedi Operative Soggetto

Compilare ed allegare il materiale richiesto per ogni singola sede in uso, nel caso si hanno più di tre (3) sedi operative allegare un **Modulo 7** e i relativi documenti richiesti per ogni ulteriore sede.

Sede Operativa Principale (deve essere attiva almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia)

SE1: Numero progressivo sede: (inserire numero di riferimento della sede)

SE2: Nome alla sede: (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

SE3: Indirizzo della sede: (comune, via, num civico, cap)

SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede: (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

SE5: Telefono di riferimento sede (indicare il numero senza prefisso internazionale)

SE6: Telefax sede (indicare il numero senza prefisso internazionale)

SE7: Indirizzo e-mail sede (indicare indirizzo e-mail)

SE8: Persona di riferimento sede (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

ALL.012: elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:

- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
- sezioni longitudinali e trasversali quotate

ALL.013: (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);

ALL.014: (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

COMUNICAZIONE ANTIMAFIA

AUTOCERTIFICAZIONE NEI CASI DI CUI ALL'ART. 89 DEL D.LGS 159/2011

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome).....

Nato a il

Residente a via

Codice fiscale

In qualità di

Della società/soggetto.....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa (*in caso contrario il richiedente dovrà indicare la situazione in cui si trova ed esplicitare la natura dei provvedimenti*);
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico (*o l'elencazione di quelli di cui è a conoscenza*);

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li

Data

firma leggibile del dichiarante(*)

.....

(*) N.B. allegare copia del documento di identità in corso di validità (documento per il quale non siano scaduti i termini di validità dalla data del rilascio o documento convalidato con apposito timbro del Comune) richiesto ai sensi del D.P.R. 445/2000.

AUTOCERTIFICAZIONE DELLA QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE ECC.

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome).....

Nato a il

Residente a via

Codice fiscale

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

- di avere la qualità di legale rappresentante della seguente Associazione/Società

Associazione/Società.....

Con sede legale in

Partita IVA:.....

PEC Mail:.....

Telefono:.....

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Lì

Data

firma leggibile del dichiarante(*)

.....

(*) N.B. allegare copia del documento di identità in corso di validità (documento per il quale non siano scaduti i termini di validità dalla data del rilascio o documento convalidato con apposito timbro del Comune) richiesto ai sensi del D.P.R. 445/2000.

**RISPETTO DEI
DISPOSTI DEL D.M. 10.03.1998
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome).....

Nato a il

Residente a via

Codice fiscale

Titolare/legale rappresentante della attività di trasporto sanitario semplice trasporto sanitario

Della società/soggetto.....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

di aver provveduto alla valutazione dei rischi di incendio ed all'adozione delle conseguenti misure di prevenzione e protezione, secondo i disposti del D.M. 10 marzo 1998 "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro".

Per la sede ubicata in

Dichiarata come:

Sede principale Sede Secondaria (1) Sede Secondaria (2) Sede Secondaria (___)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Lì

Data

firma leggibile del dichiarante(*)

.....

(*) N.B. allegare copia del documento di identità in corso di validità (documento per il quale non siano scaduti i termini di validità dalla data del rilascio o documento convalidato con apposito timbro del Comune) richiesto ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Protezione dati personali

di cui:

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento relativo alla registrazione della SCIA presentata.

(PRI) **Acconsento all'utilizzo dei dati** (Barrare la casella)

Data

Firma del richiedente

(timbro e firma)