Comunicazione

da inviare alla ATS in cui si è depositata la SCIA e

ad AREU

# 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 degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

## dichiara

|__| di **dismettere il veicolo** in uso modello:_____

targato:_____ telaio:_____ a partire dal giorno:_____

|__| di **chiudere la sede** dell'attività indicata in SCIA con il numero progressivo: _____

nome della sede:_____

sita nel comune di:_____ in via/corso:_____ civico:____

rifermenti catastali:_____ a partire dal giorno:_____

|__| che la **sede legale** del soggetto dichiarante è stata trasferita presso:

il comune di:_____

in via/corso:_____ civico:____ a partire dal giorno:_____

|__| che la **nuova ragione sociale** del soggetto è stata cambiata in: _____

PEC Mail:_____ Telefono:_____ _____ Telefax:_____

|__| che il **nuovo legale rappresentante** è il Sig./Sig.ra Cognome:_____

Nome:_____ Sesso: |__|M |__|F Codice fiscale:_____

Nato a: _____ Provincia di nascita:_____ Data di nascita:_____

Residente a:_____

**Allegare: Documenti previsti dalla SCIA nella sezione DATI LEGALE RAPPRESENTANTE: ALL001, ALL002, ALL003, ALL004**

|X| che il **nuovo direttore sanitario** è il Sig./Sig.ra Cognome:_____

Nome:_____ Sesso |__|M |__|F Codice fiscale:_____

Nato a: _____ Provincia di nascita:_____ Data di nascita:_____

Residente a:_____

Iscritto all'ordine provinciale dei Medici/Odontoiatri:_____

Numero di iscrizione ordine:_____

**Allegare: Documenti previsti dalla SCIA nella sezione DATI DIRETTORE SANITARIO: ALL005, ALL006, ALL007, ALL008**

|__| che il **nuovo Responsabile del servizio di prevenzione e protezione** è il:

Sig./Sig.ra Cognome:_____

Nome:_____ Sesso: |__|M |__|F Codice fiscale:_____

Nato a: _____ Provincia di nascita:_____ Data di nascita:_____

Residente a:_____

Iscritto all'ordine provinciale dei Medici/Odontoiatri:_____

Numero di iscrizione ordine:_____

**Allegare: Documenti previsti dalla SCIA nella sezione DATI Responsabile RSPP: ALL009, ALL010**

|__| che l' **orario di apertura della sede indicata in SCIA** dal soggetto è stato cambiato in:

numero progressivo sede: _____ nome della sede:_____

nuovo orario di apertura:_____

|__| che il **nuovo luogo della conservazione delle cartelle individuali del personale** è presso la sede

indicata con il numero progressivo sede:_____

nome della sede:_____

|__| che ha deciso **terminare /chiudere l'attività** erogata a partire dalla data:_____

**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.

Modulo 3

# AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO DEL POSSESSO DEI TITOLI DI STUDIO PER I MEDICI e ODONTOIATRI

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

Il sottoscritto Dott. .....

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 aver conseguito Diploma di Laurea in .....

  In data ..... presso l'Università di .....

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data.....presso

  L'Università di .....

- di essere iscritto all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

  di..... dal ..... al numero .....

- di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in .....

  In data ..... presso l'Università di .....

- la non sussistenza di incompatibilità legislative con l'attività svolta.

**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.

Modulo 4

# ACCETTAZIONE DI INCARICO DEL DIRETTORE SANITARIO

Il sottoscritto Dr.....

nato a ..... Prov. ..... il .....

residente a ..... Via .....

dichiaro di accettare l'incarico di Direttore Sanitario del .....

sito in .....

Via .....

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 assumere le seguenti funzioni di vigilanza e controllo con particolare riferimento a:

  a) l'organizzazione e il buon funzionamento dei servizi;

  b) accertamento biennale (annuale solo dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età) della idoneità psicofisica degli addetti al trasporto. Per gli autisti possono essere effettuati o richiesti controlli accurati della funzione visiva e uditiva e dei requisiti psichici e fisici. Degli accertamenti eseguiti deve essere redatta apposita scheda sanitaria da inserirsi nella cartella personale di ciascun addetto;

  c) accertamento dell'idoneità delle condizioni igieniche di sedi e mezzi di trasporlo;

  d) individuazione e attuazione delle procedure di sanificazione dei mezzi e profilassi per il personale;

  e) accertamento del corretto smaltimento dei rifiuti sanitari;

  f) l'assegnazione ai singoli servizi del personale sanitario, tecnico ed infermieristico che deve essere fornito dei titoli indispensabili per l'esercizio delle singole attività professionali;

  g) il regolare funzionamento delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate sulle ambulanze;

  h) il rispetto delle norme di tutela degli operatori contro i rischi derivanti dalla loro specifica attività;

  i) la vigilanza sull'applicazione delle vigenti disposizioni in materia di presidi diagnostici, curativi e riabilitativi;

## dichiara altresì

- la non sussistenza di incompatibilità all'assunzione dell'incarico e mi impegno a garantire la pronta reperibilità.

**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.