



									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso
									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso
									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso
									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso
									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso
									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso
									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso
									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso
									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso
									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso
									<input type="checkbox"/> immesso <input type="checkbox"/> dismesso

Dotati, per tipologia, dei requisiti minimi previsti dall'allegato Elenco 1-bis.

N.B.: ai sensi del Decreto del MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI del 29 ottobre 2010 "Disposizioni concernenti le procedure per il riconoscimento dei requisiti previsti dall'allegato C alla norma UNI EN 1789, relativa ai veicoli medici e loro attrezzature - autoambulanze. (10A14178)" è necessaria l'apposizione espressa sulla carta di circolazione della dicitura di rispondenza alla norma Europea EN-1789.

- Allegare per ciascun automezzo immesso:
- 1) libretto di circolazione con annotazioni di trasferimento aggiornate
  - 2) polizza assicurativa in vigore

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO

		AMBULANZA DI TRASPORTO (Tipo A1-A2)	AMBULANZA DI SOCCORSO (Tipo B)	AMBULANZA DI SOCCORSO AVANZATO (Tipo C)	AUTOMEDICA	Note esplicative
<b>1. Equipaggiamento generale del mezzo e dotazione vano guida</b>						
1.1	sistema di collegamento radio/telefonia con la centrale operativa di riferimento mediante apparato per radiocomunicazione a norma PP.TT., nel rispetto delle Concessioni Ministeriali rilasciate o telefono cellulare con impianto viva voce o analogo sistema per l'utilizzo a mani libere (in caso di convenzionamento, la dotazione di impianto radio è a cura della Centrale Operativa o del soggetto convenzionato – in questo caso con oneri di ammortamento da rifondere convenzionalmente)	x	x	x	x	
1.2	n. 1 lampada portatile, di potenza adeguata, con alimentazione a batteria 12 V	x	x	x		
1.3	n. 1 faro estraibile di servizio a luce bianca				x	
1.4	n. 1 estintore da almeno 3 Kg nel vano guida, verificato e controllato in base a norme UNI e a norme di legge	x	x	x	x	
1.5	n. 2 torce/fiaccole da segnalazione	x	x	x	x	
1.6	n.2 fumogeni		x	x	x	
1.7	n. 1 forbice per taglio indumenti tipo Robin o similare		x	x	x	
1.8	dispositivi di allarme acustico e visivo a norma di legge		x	x	x	
1.9	cicalino retromarcia		x	x	x	
1.10	n. 1 trousse da scasso		x	x	x	
1.11	impianto di climatizzazione / riscaldamento	x	x	x	x	
1.12	Catene da neve – Sistema ABS	x	x	x	x	
1.13	segni distintivi esterni a norma di legge e comunque previsti nel sistema di emergenza sanitaria della Regione Abruzzo*	x	x	x	x	
<b>2. Caratteristiche ed equipaggiamento vano sanitario/vano posteriore</b>						
2.1	Struttura del vano sanitario facilmente igienizzabile, maniglione longitudinale, rivestimenti interni, paratie, posti, seduta, finestratura e sportelloni a norma di legge	x	x	x	x	
2.2	pedana laterale		x	x		
2.3	sistema di aspirazione fisso con almeno n. 1 presa vuoto aggancio/sgancio rapidi con vaso raccolta secreti da almeno 900 ml. + prolunga + raccordo alimentato (o ricaricato) dall'impianto elettrico di servizio del veicolo	x				
2.4	sistema di aspirazione fisso di grande potenza (almeno 25 litri/min.) con almeno n. 1 presa vuoto aggancio/sgancio rapidi con vaso raccolta secreti da almeno 900 ml. + prolunga + raccordo, alimentato o ricaricato dall'impianto elettrico di servizio del veicolo		x	x		

Elenco 1-bis

2.5	impianto elettrico a norma di legge, dotato di centralina di controllo, doppia batteria, alternatore maggiorato, con almeno n. 3 prese libere 12V, almeno n. 1 presa 220V, n. 1 presa per culla termica, n. 1 presa 220V esterna con sistema inibitore di avviamento motore con spina inserita, invertitore di corrente 12/220V, minimo 800 watt con dispositivo caricabatteria da 16A, almeno n. 2 neon luce bianca, almeno n. i faretto "spot", luce azzurra di riposo notturna		x	x		
2.6	impianto elettrico a norma di legge, dotato di centralina di controllo; almeno n. 2 prese elettriche 12 vdc polarizzate; batteria supplementare maggiorata per il funzionamento di apparecchiature 12V;	x				
2.7	Impianto elettrico a norma di legge, dotato di centralina di controllo, doppia batteria, alternatore maggiorato, con almeno n. 3 prese libere 12V,almeno n. 1 presa 220V, n. 1 presa 220V esterna con sistema inibitore di avviamento motore con spina inserita, invertitore di corrente 12/220V, minimo 800 watt con dispositivo caricabatteria da 16A, almeno n. i neon luce bianca				x	
2.8	predisposizione per alloggiamento e connessione di: - monitor pluriparametrico - defibrillatore, - ventilatore automatico, - pompa infusione;		x	x	X	
2.9	n. 2 bombole di ossigeno fisse, non inferiori alla capacità di litri 7, con scambiatore automatico, riduttore di pressione, manometro e flussimetro per ogni singola bombola, con riempimento secondo i limiti della normativa vigente e almeno a 150 atm, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008; in ogni momento almeno una delle due bombole deve avere un riempimento pari a 150 atm;	x	x	x		
2.10	n. 2 bombole di ossigeno portatili della capacità minima di 2 litri ciascuna, dotate di riduttore di pressione, manometro, flussimetro con riempimento secondo i limiti della normativa vigente, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008; in ogni momento almeno una delle due bombole dovrà avere un riempimento pari a 100 atm; ogni bombola deve essere dotata di un sistema di protezione dell'erogatore (es. "tulipano");		x	x		
2.11	n. 1 flussimetro con collegamento fisso o ad innesto rapido all'impianto dell'ossigeno, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 91701:2008;		x	x		
2.12	impianto di distribuzione ossigeno a parete con almeno 2 prese in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008		x	x		
2.13	n. 1 barella di tipo rigido articolata, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865 vigente all'atto dell'acquisto	x	x	x	x	
2.14	n. 1 barella a cucchiaio dotata di cinture, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865	x	x	x	x	In caso indicazione del costruttore come dispositivo ad uso multiplo barella cucchiaio / tavola spinale è obbligatorio avere a bordo comunque due presidi
2.15	n. 1 barella pieghevole di emergenza omologata con cinture di sicurezza dotata di dispositivi di aggancio-sgancio				x	
2.16	n. 1 barella atraumatica a cucchiaio con cinghie di sicurezza				x	
2.17	n. 1 tavola spinale + fermacapo + sistema di contenzione tipo "ragno"				x	

Elenco 1-bis

2.18	n. 1 dispositivo per il trasporto paziente seduto, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865 (se la barella principale non assolve anche a questa funzione)	x	x	x	x	
2.19	n. 1 tavola spinale completa di immobilizzazione per la testa e fasce di bloccaggio di sicurezza, il tutto RX e TAC compatibile o, in alternativa, materassino a depressione, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865	x	x	x		
2.20	telo da trasporto a sei o più maniglie, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865	x	x	x		
2.21	n. 1 estintore da almeno 3 Kg nel vano sanitario, verificato e controllato in base a norme UNI e a norme di legge	x	x	x		
2.22	almeno n. 1 posto seduta testa paziente, a norma di legge, con relative cinture di sicurezza + almeno n. 2 posti seduta, a norma di legge, con relative cinture		x	x		
2.23	n. 1 pallone autoespansibile adulti completo di set di maschere	x	x	x		
2.24	n. 2 maschere facciali per ossigenoterapia	x	x	x		
2.25	n. 1 attacco portaflebo antiurto ed antioscillazione	x				
2.26	n. 2 attacchi portaflebo antiurto ed antioscillazione		x	x		
2.27	n. 1 contenitore rigido sigillabile per rifiuti ospedalieri (minimo 5 lt.)	x	x	x		
2.28	n. 1 contenitore per aghi e taglienti in materiale plastico rigido sigillabile	x	x	x		
2.29	n. 1 padella	x				
2.30	n. 1 pappagallo	x				
2.31	n. 1 sfigmomanometro anaeroide da parete		x	x		
2.32	n. 1 attacco per culla termica		x	x		
<b>3. Apparecchiature asportabili</b>						
3.1	n. 1 monitor multiparametrico con cavi a 3 e 12 derivazioni		x	x		
3.2	n. 1 defibrillatore semiautomatico o monitor defibrillatore		x	x	x	
3.3	pasta conduttrice			x		
3.4	n. 1 saturimetro portatile oppure integrato con monitor multiparametrico		x	x	x	
3.5	n. 1 monitor multiparametrico con cavi a 3 e 12 derivazioni + stampante				x	
3.6	n. 1 aspiratore endocavitario elettrico portatile		x	x	x	
3.7	n. 1 ventilatore portatile + circuito esterno + bombola ossigeno da almeno n. 2 litri			x	x	
3.8	n. 1 bombola portatile da almeno n. 2 litri completa di manometro e riduttore				x	
3.9	n. 1 borsa scalda fluidi a temperatura controllata.			x	x	
<b>4. Materiale assistenza respiratoria - vie aeree</b>						
4.1	palloni autoespansibili per ventilazione adulti, pediatrico, neonatale (1 per tipo) con relativi serbatoi supplementari;	x*	x	x		*1 tipo per adulto

Elenco 1-bis

4.2	n. 1 sistemi di ventilazione (va e vieni) monouso adulti		x		
4.3	n. 2 sistemi di ventilazione (va e vieni) monouso adulti			x	
4.4	n. 1 sistemi di ventilazione (va e vieni) monouso pediatrico		x		
4.5	n. 2 sistemi di ventilazione (va e vieni) monouso pediatrico			x	
4.6	maschere trasparenti da ventilazione da 0 a 5 (1 per misura)		x	x	
4.7	cannule orofaringee da 0 a 5 (1 per misura)		x	x	
4.8	n. 2 cannule nasofaringee n. 7, n. 8		x	x	
4.9	tubi endotracheali da 2 ad 8.5 (1 per misura)			x	
4.10	mandrino guidatubo adulto + pediatrico			x	
4.11	Laringoscopio adulti + pediatrico con n. 1 ricambio di batterie			x	
4.12	n. 2 tubi corrugati mount			x	
4.13	n.2 filtri antibatterici			x	
4.14	n. 2 maschere facciali con reservoir (n. 2 per misura)		x	x	
4.15	maschere tipo "Venturi" adulti + pediatrica (n. 2 per misura)		x	x	
4.16	n. 2 prolunghe per ossigeno		x	x	
4.17	sondini per aspirazione da 6 a 18 (n. 2 per misura)		x	x	
<b>5. Materiale assistenza cardiocircolatoria</b>					
5.1	n. 1 fonendoscopio;		x	x	
5.2	n. 2 lacci emostatici da prelievo;		x	x	
5.3	n. 1 pompa siringa da infusione portatile			x	
5.4	n. 4 tamponcini per disinfezione		x	x	
5.5	ago-cannule dal 14 al 22 (2 per misura);		x		
5.6	ago-cannule dal 14 al 22 (3 per misura);			x	
5.7	siringhe ml 20-10,5-2.5 (2 per misura)		x		
5.8	siringhe ml 20-10,5-x12.5 (3 per misura)			x	
5.9	confezione elettrodi adesivi monouso (tipo red dot o similari) adulti e pediatrici (n. 1 confezione per tipo)		x	x	
5.10	n. 1 spremisacca		x		
5.11	n. 2 spremisacca			x	
5.12	n. 1 tourniquet per emostasi		x	x	x
5.13	n. 2 medicazioni pronte		x	x	
<b>6. Materiale per immobilizzazione</b>					

6.1	n. 1 serie di collari da estricazione (tipo stifneck, neck-lock o similari)		x		x	
6.2	n. 2 serie di collari da estricazione (tipo stifneck, neck-lock o similari)			x		
6.3	n. 1 dispositivo di estricazione a corsetto (KED o similari)		x	x	x	
6.4	n. 1 serie di stecco-bende radiotrasparenti lavabili		x	x	x	
6.5	n. 1 telo barella con n. 6 maniglie				x	
<b>7. Materiale per medicazione</b>						
7.1	guanti sterili (tipo piccolo, medio, grande) n. 2 per misura		x	x		
7.2	n. 1 confezione garze sterili + n. 2 telini sterili		x	x		
7.3	n. 3 confezioni garze non sterili		x	x		
7.4	n. 2 flac. acqua ossigenata		x	x		
7.5	n. 1 flac. disinfettante iodato		x	x		
7.6	n. 1 forbici bottonute		x	x		
7.7	n. 2 laccio emostatico		x	x		
7.8	n. 2 rasoi per depilazione monouso		x			
7.9	n. 4 rasoi per depilazione monouso			x		
7.10	n. 2 medicazioni pronte + n. 2 cerotti 2.5 cm. + n. 2 cerotti 1 cm		x			
7.11	n. 4 medicazioni pronte + n. 2 cerotti 2.5 cm. + n. 2 cerotti 1 cm			x		
7.12	n. 2 rotoli bende per fasciatura		x	x		
<b>8. Materiale di protezione</b>						
8.1	Borsa o vano dedicato allo stoccaggio del materiale di protezione	x	x	x	x	
8.2	n. 3 scatole di guanti monouso (misura piccola, media, grande);	x	x	x	x	
8.3	n. 1 scatola mascherine;	x	x	x	x	
8.4	n. 3 paia di occhiali o n. 3 visiere a schermo grande	x	x	x	x	
8.5	n. 1 scatola mascherine con visiera	x	x	x	x	
8.6	n. 3 camici di protezione monouso in tessuto non tessuto idrorepellente	x	x	x	x	
8.7	n. 3 cappelli monouso;		x	x	x	
8.8	n. 3 maschere monouso ad alta protezione (FFP3), in conformità o quanto indicato nella norma EN 149 3° categoria		x	x	x	
8.9	n. 3 caschi di protezione in conformità a quanto indicato dalla norma UNI EN 397:2013		x	x	x	
8.10	n. 3 paia di guanti da lavoro, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN 420:2010		x	x	x	
<b>9. Materiale vario</b>						
9.1	biancheria per barella: n. 2 lenzuola, n. 1 coperta, n. 1 traversa, n. 1 cuscino per barella	x				

## Elenco 1-bis

9.2	sacchetti per rifiuti e secrezioni gastriche	x				
9.3	n. 1 padella e pappagallo monouso		x	x		
9.4	n. 3 o più confezioni ghiaccio istantaneo		x	x	x	
9.5	n. 3 o più confezioni caldo-istantaneo		x	x	x	
9.6	n. 2 sacchetti graduati per raccolta liquidi organici		x	x	x	
9.7	n. 2 sacchetti rifiuti		x	x	x	
9.8	n. 4 lenzuola + n. 2 coperte + n. 2 teli termici grandi (tipo metallina)		x	x		
9.9	n. 2 lenzuola + n. 2 teli termici grandi (tipo metallina)				x	
9.10	confezione elettrodi adesivi monouso (tipo red dot o similari) adulti e pediatrici (n. 1 confezione per tipo) + pasta conduttrice				x	
9.11	carta per stampante				x	
9.12	n. 2 lubrificanti monodose		x			
9.13	n. 4 lubrificanti monodose			x	x	
9.14	n. 2 sondini naso gastrici			x	x	
9.15	cateteri vescicali n. CH 14, 16, 18 (1 per misura)			x	x	
9.16	tourniquet				x	
9.17	minifrigo per farmaci		x	x		

**\*Contrassegni esterni:** Il veicolo deve essere dotato di una fascia di pellicola autoadesiva in materiale riflettente ad alta visibilità di colore arancione, di altezza minima di 20 cm, applicata lungo le fiancate e la parte posteriore (come da normativa italiana). Sono ammesse ulteriori fasce decorative realizzate con lo stesso materiale sulle fiancate laterali e posteriormente purché sempre ad alta visibilità. Ammessi inserti in altri colori in materiale non riflettente, fatta salva la legge Italiana in materia.

Scritta AMBULANZA sul cofano anteriore, rovesciata in immagine speculare, con caratteri di dimensioni min. 6 x 60 cm. e di colore arancio su fondo bianco realizzata con pellicola prismatica riflettente ad alta visibilità, come da normativa Italiana)

Croci di Esculapio: le autoambulanze devono portare su ogni fiancata nonché anteriormente e posteriormente il simbolo internazionale del soccorso con dimensioni minime pari a quelle indicate nelle norme italiane (cm 22 x 5) e con fondo di colore azzurro realizzato in materiale retroriflettente.

Il veicolo dovrà essere dotato del logo Regione Abruzzo, di dimensioni adeguate (da concordare), sulle fiancate del veicolo e, in caso di convenzionamento, del logo "118 Abruzzo Soccorso".

L'autoambulanza deve essere conforme ai requisiti della Direttiva 70/156/CEE, e Direttive particolari, per le ambulanze o requisiti nazionali corrispondenti per l'omologazione dei veicoli.



## DICHIARAZIONE DEL PERSONALE A VARIO TITOLO ADDETTO AL TRASPORTO IN AMBULANZA

Il sottoscritto (Nome e Cognome)

Nato a [Comune (Sigla Prov.):

Residente a [Indirizzo, Comune (Sigla Prov.):

Codice Fiscale

Legale rappresentante ella società/associazione/ETS

C.F./P.I. dell'ente collettivo


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

**Che il personale di seguito indicato è idoneo allo svolgimento delle mansioni di autista (cui si applicano le previsioni e i limiti di età previsti dal Nuovo Codice della Strada) e/o soccorritore**

N. unità di personale adibito in misura esclusiva o prevalente	Inquadramento (volontario, dipendente, collaboratore)	Mansione (autista, soccorritore, attività amministrativa)	Impegno orario indicativo (es. 50%, 100%...) del personale nell'attività oggetto dell'autorizzazione	Sede di riferimento del personale

NB: per gli equipaggi si richiamano le previsioni dell'Allegato 2 al DCA (Decreto del Commissario ad Acta) n. 8/2011.

Luogo e data

Firma




Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 1

Marca  
Da bollo  
€ 16,00 se  
non esente

Alla ASL competente per territorio  
Dipartimento di Prevenzione  
A mezzo PEC

Alla Regione Abruzzo  
Dipartimento Sanità  
Servizio Programmazione Socio-Sanitaria  
A mezzo PEC  
[dpf020@pec.regione.abruzzo.it](mailto:dpf020@pec.regione.abruzzo.it)

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI  
TRASPORTO SANITARIO IN AMBULANZA**

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

Nato a ..... il .....

Residente a ..... via .....

Codice fiscale .....

legale rappresentante della seguente Associazione/Società/Impresa Individuale

Associazione/Società/Impresa Individuale .....

Con sede legale in .....

Codice Fiscale ..... Partita IVA: .....

PEC: .....

Iscritta presso:

RUNTS - Registro Unico Nazionale del Terzo Settore al n. \_\_\_\_\_

Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_ N. REA \_\_\_\_\_

Email: .....

PEC: .....

Telefono: .....

**chiede**



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 1

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività di:

- trasporto ordinario in ambulanza (trasporti secondari programmati non urgenti, c.d. "extra 118")
- trasporto di emergenza in ambulanza (trasporti di emergenza e secondari urgenti, c.d. "intra 118")

Con le autoambulanze immatricolate in uso proprio ai sensi del Decreto 137/2009, evidenziate in Elenco 1.

**dichiara**

che la sede fissa di svolgimento dell'attività e di ricovero dei mezzi, presso la quale si richiede sopralluogo, è sita nel Comune di

..... Prov. ....

Fraz. ....

Via ..... CAP .....

Destinazione d'uso locali .....

Certificato agibilità locali  sì  no - note:

.....

Telefono fisso sede .....

Telefono mobile .....

Email/PEC .....

Orario di operatività .....

Titolo giuridico di disponibilità della sede:

- proprietà
- locazione, estremi di registrazione presso AE .....
- altro ..... estremi di registrazione .....

**- ALLEGARE VISURA PLANIMETRICA**

**- ALLEGARE PLANIMETRIA progettuale della sede** in scala 1:100 e foto dalle quali si evidenzia la presenza di:

- a) locale destinato alla sosta/riposo dell'equipaggio;
- b) locale destinato allo spazio di ristoro, rispondente alle condizioni di sicurezza alimentare;
- c) stanza ad uso amministrativo/gestionale, dotata di archivio documentazione, deposito apparecchiature elettromedicali e dotazioni di soccorso;
- d) spazio dotato di armadi separati per il deposito del materiale pulito e sporco;
- e) spogliatoio con superficie di almeno 1 mq per ogni operatore presente e comunque non inferiore a 3 mq;



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 1

- f) servizi igienici per il personale con docce, in accordo con la normativa vigente/TULPS.
- g) luogo idoneo al deposito delle bombole di ossigeno nel rispetto della normativa di legge;
- h) area di stazionamento dei mezzi in adiacenza alla sede operativa e con presenza di spazi/strutture idonee per il ricovero, la pulizia sanificazione dei mezzi. Deve essere garantita un'adeguata protezione dalle intemperie dei mezzi di trasporto.

Nel caso di impresa individuale o società commerciale (diversa dagli ETS) iscritta al Registro Imprese, allegare copia dell'avvenuto pagamento delle TT.CC.GG.

**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) e Regolamento UE 2016/679 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.

Allegare:

Elenco 1 - Automezzi in uso presso la sede

Elenco 1bis – Checklist requisiti, incluse:

- Dichiarazioni di conformità (DI-CO) impianto elettrico mezzi di trasporto
- Certificazione impianto gas medicali
- Contratto di manutenzione impianto antincendio

Elenco 2 - Personale

Modello 2 - Dichiarazione responsabile sanitario

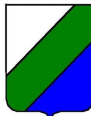
Modello 3 - Dichiarazione di accettazione responsabile sanitario

Modello 4 - Varie

Modello 5 - Antincendio

Modello 6 - Personale

Modello 7 – Manutenzione



**\*Contrassegni esterni:** Il veicolo deve essere dotato di una fascia di pellicola autoadesiva in materiale riflettente ad alta visibilità di colore arancione, di altezza minima di 20 cm, applicata lungo le fiancate e la parte posteriore (come da normativa italiana). Sono ammesse ulteriori fasce decorative realizzate con lo stesso materiale sulle fiancate laterali e posteriormente purché sempre ad alta visibilità. Ammessi inserti in altri colori in materiale non riflettente, fatta salva la legge Italiana in materia.

Scritta AMBULANZA sul cofano anteriore, rovesciata in immagine speculare, con caratteri di dimensioni min. 6 x 60 cm. e di colore arancio su fondo bianco realizzata con pellicola prismatica riflettente ad alta visibilità, come da normativa Italiana)

Le autoambulanze devono portare su ogni fiancata nonché anteriormente e posteriormente il simbolo internazionale del soccorso ("Croci di Esculapio") con dimensioni minime pari a quelle indicate nelle norme italiane (cm 22 x 5) e con fondo di colore azzurro realizzato in materiale retroriflettente.

Il veicolo dovrà essere dotato del logo Regione Abruzzo, di dimensioni adeguate (da concordare), sulle fiancate del veicolo e, in caso di convenzionamento, del logo "118 Abruzzo Soccorso".

L'autoambulanza deve essere conforme ai requisiti della Direttiva 70/156/CEE, e Direttive particolari, per le ambulanze o requisiti nazionali corrispondenti per l'omologazione dei veicoli.

**INFORMATIVA PRIVACY – Autorizzazione al trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016**

Si informa che i suoi dati personali - inseriti nel presente modulo - saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DIRETTORE SANITARIO**

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

Il sottoscritto .....

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 Medicina e Chirurgia

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

Anestesia e Rianimazione o equipollente \_\_\_\_\_

Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza o equipollente \_\_\_\_\_

Igiene e Medicina Preventiva o equipollente \_\_\_\_\_

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

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

Lì .....

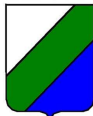
Data .....

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.

**INFORMATIVA PRIVACY – Autorizzazione al trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016**

REGIONE  
ABRUZZO



*Giunta Regionale*

---

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 2

Si informa che i suoi dati personali - inseriti nel presente modulo - saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.





Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 3

### ACCETTAZIONE DI INCARICO DEL DIRETTORE SANITARIO

Il sottoscritto .....

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

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

dichiaro di accettare l'incarico di Direttore Sanitario dell'attività di:

- trasporto ordinario in ambulanza (trasporti secondari programmati non urgenti)  
 trasporto di emergenza in ambulanza (trasporti di emergenza e secondari urgenti)

di essere iscritto all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Per l'Associazione/Società/Impresa Individuale .....

Codice Fiscale ..... Partita IVA: .....

Con sede legale in .....

Con sede 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:

- organizzazione e il buon funzionamento dei servizi;
- accertamento 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;
- accertamento dell'idoneità delle condizioni igieniche di sedi e mezzi di trasporto;
- individuazione e attuazione delle procedure di sanificazione dei mezzi e profilassi per il personale;
- accertamento del corretto smaltimento dei rifiuti sanitari;
- 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;
- il regolare funzionamento delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate sulle ambulanze;
- il rispetto delle norme di tutela degli operatori contro i rischi derivanti dalla loro specifica attività;
- la vigilanza sull'applicazione delle vigenti disposizioni in materia di presidi diagnostici, curativi e riabilitativi;

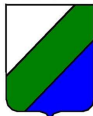
#### dichiara altresì

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

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.

**INFORMATIVA PRIVACY – Autorizzazione al trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016**

Si informa che i suoi dati personali - inseriti nel presente modulo - saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 4

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
ALTRE DICHIARAZIONI**

(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 Associazione/Società/Impresa Individuale

.....

Con sede legale in .....

Codice Fiscale ..... Partita IVA: .....

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**

- 1) di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento o insolvenza e di non aver presentato domanda di concordato (nel caso di impresa);
- 2) di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo con la società ..... (**allegare copia**);
- 3) che tutto il personale operativo per lo svolgimento delle attività dichiarata è in possesso di attestato di formazione per soccorritore – autista/soccorritore (**allegare copia dei titoli posseduti**);
- 6) di essere in possesso delle polizze assicurative (**allegare in copia**) per legale rappresentante, amministratori, dipendenti e, ai sensi dell'art. 18 del D.Lgs. 117/2017, per i volontari, tutti indicati in Elenco 2, per i rischi derivanti da:
  - responsabilità civile per danni a terzi (RCT) compresi i trasportati, conseguenti sia alla circolazione degli autoveicoli sia allo svolgimento delle attività legate al servizio;
  - infortuni occorsi agli operatori addetti alle attività di trasporto;
  - malattia connessa allo svolgimento dell'attività di trasporto;
- 7) l'iscrizione alle assicurazioni sociali del personale a rapporto d'impiego (**allegare documentazione o dichiarazione**);
- 8) che le dotazioni degli autoveicoli elencati in Elenco 1 sono conformi ai requisiti contenuti nell'Elenco 1-bis – requisiti minimi;
- 10) che presso la sede operativa saranno custoditi i documenti comprovanti l'autorizzazione e i risultati di verifiche e controlli per l'esercizio dell'attività;
- 11) che presso la sede operativa sono presenti i seguenti locali:
  - stanza ad uso amministrativo/gestionale, deposito apparecchiature elettromedicali e dotazioni di soccorso,
  - ambienti per la pulizia sanificazione delle attrezzature e delle dotazioni delle ambulanze, spazio per il deposito del materiale pulito e sporco, locali adeguati per il personale;
  - presenza di spogliatoio e servizi igienici in accordo con la normativa vigente/TULPS
- 12) che presso la sede sono conservati il:
  - registro degli interventi con pagine numerate e firmate dal legale rappresentante
  - registro attestante la pulizia-disinfezione e manutenzione dell'ambulanza, firmato dal legale rappresentante;



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 4

- documento qualitativo sui protocolli di detersione, disinfezione e sterilizzazione delle ambulanze e di protocolli aggiuntivi nel caso di trasporto di pazienti a potenziale rischio infettivo;  
13) che nel caso di coesistenza, presso la sede fissa, di personale di altro ente/società/associazione, sono stati valutati i rischi interferenziali e, in caso ve ne siano, è stato stilato il relativo documento;

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

**INFORMATIVA PRIVACY – Autorizzazione al trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016**

Si informa che i suoi dati personali - inseriti nel presente modulo - saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 5

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ANTINCENDIO**

(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 legale rappresentante / amministratore della

Associazione/Società/Impresa Individuale .....

Con sede legale in .....

Codice Fiscale ..... Partita IVA: .....

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", delle norme relative alla prevenzione incendi per attività d'ufficio (Decreto 8 giugno 2016) e norme tecniche successive applicabili ai sensi del DPR 151/2011 ottemperando alle necessarie SCIA/comunicazioni in ambito SUAP VVFF.

Per la sede ubicata in .....

Dichiarata come:

- Sede legale
- Sede legale/operativa
- Sede operativa secondaria/unità locale (1)
- Sede operativa secondaria/unità locale (2)
- Sede operativa secondaria/unità locale (3)
- \_\_\_\_\_

Lì .....

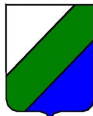
Data .....

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.

**INFORMATIVA PRIVACY – Autorizzazione al trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016**

REGIONE  
ABRUZZO



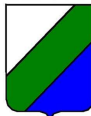
*Giunta Regionale*

---

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 5

Si informa che i suoi dati personali - inseriti nel presente modulo - saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.



**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:

Associazione/Società/Impresa Individuale .....

Con sede legale in .....

Codice Fiscale ..... Partita IVA: .....

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**

- che il personale, ad eccezione di quello volontario compresi quelli in servizio civile, è assunto con regolare contratto previsto da CCNL di cui sono rispettate le norme e che per il medesimo sono assolti gli obblighi contributivi previsti;

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

**INFORMATIVA PRIVACY – Autorizzazione al trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016**

Si informa che i suoi dati personali - inseriti nel presente modulo - saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 7

**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:

Associazione/Società.....

Con sede legale in .....

Codice Fiscale ..... Partita IVA: .....

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**

- che il responsabile della manutenzione ordinaria delle apparecchiature elettromedicali, nel rispetto della normativa vigente, è:

Nome Cognome .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... via .....

Codice fiscale .....

**In alternativa**

- di aver stipulato contratto il seguente contratto di assistenza manutentiva:

.....

Lì .....

Data .....

firma leggibile del dichiarante (\*) .....

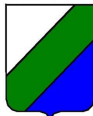
(\*) N.B. allegare copia del documento di identità in corso di validità (documento per il quale non siano scaduti i termini di validità dalla data del rilascio o documento convalidato con apposito timbro del Comune) richiesto ai sensi del D.P.R. 445/2000.

**INFORMATIVA PRIVACY – Autorizzazione al trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016**

Si informa che i suoi dati personali - inseriti nel presente modulo - saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per



REGIONE  
ABRUZZO



*Giunta Regionale*

---

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 7

l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 8

Alla ASL competente per territorio  
Dipartimento di Prevenzione  
A mezzo PEC

Alla Regione Abruzzo  
Dipartimento Sanità  
Servizio Programmazione Socio-Sanitaria  
A mezzo PEC  
[dpf020@pec.regione.abruzzo.it](mailto:dpf020@pec.regione.abruzzo.it)

p.c. Al SUAP del Comune di .....

### DICHIARAZIONI DI VARIAZIONE

(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:

Associazione/Società .....

Con sede legale in .....

Codice Fiscale ..... Partita IVA: .....

Autorizzata con provvedimento n. .... del .....

Svolgente l'attività di:

- trasporto ordinario in ambulanza (trasporti secondari programmati non urgenti – c.d. “extra 118”)
- trasporto di emergenza in ambulanza (trasporti di emergenza e secondari urgenti – c.d. “intra 118”)

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  
barrare le dichiarazioni idonee**

di aver dismesso il veicolo autorizzato in uso:

modello: \_\_\_\_\_

targato: \_\_\_\_\_ telaio: \_\_\_\_\_ a partire dal

giorno: \_\_\_\_\_



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 8

Per l'attività autorizzata con Provvedimento \_\_\_\_\_

Allegare:

Elenco 1- Automezzi aggiornato

di **sostituire temporaneamente il veicolo** in uso con mezzo già dotato di autorizzazione NCC n.

\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (per i casi di cui all'art. 3, comma 3 del Decreto 137/2009) oppure con  
altro mezzo dotato delle stesse caratteristiche, per un tempo limitato e per il seguente grave motivo

modello: \_\_\_\_\_

targato: \_\_\_\_\_ telaio: \_\_\_\_\_ a partire dal

giorno: \_\_\_\_\_

fino al giorno \_\_\_\_\_

immatricolato in data \_\_\_\_\_

Allegare:

Elenco 1- Automezzi aggiornato

di **aver cessato la seguente sede operativa/unità locale** dell'attività (attinente al trasporto in ambulanza):

nome della sede:

\_\_\_\_\_

sita nel comune di: \_\_\_\_\_ in via / corso: \_\_\_\_\_

civico: \_\_\_\_\_

riferimenti catastali: \_\_\_\_\_ a partire dal

giorno: \_\_\_\_\_

e di aver conseguentemente cessato l'attività di:

trasporto ordinario in ambulanza (trasporti secondari programmati non urgenti)

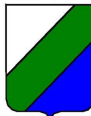
trasporto di emergenza in ambulanza (trasporti di emergenza e secondari urgenti)

Comunicazione per la quale **ha già** ottemperato ai relativi adempimenti presso SUAP/CCIAA/RUNTS  
competente (allegare documenti e ricevuta)

di **aver cessato la seguente** attività/ramo d'azienda (attinente al trasporto in ambulanza)

Sita in

\_\_\_\_\_



a partire dal giorno: \_\_\_\_\_

Comunicazione per la quale **ha già** ottemperato ai relativi adempimenti presso SUAP/CCIAA/RUNTS competente (allegare documenti e ricevuta)

che il **nuovo legale rappresentante** è il Sig./Sig.ra

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F    Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Adempimento per il quale **ha già** ottemperato ai relativi adempimenti presso SUAP/CCIAA/Agenzia delle Entrate competente (allegare documenti e ricevuta)

che il **nuovo direttore sanitario** è il Sig./Sig.ra

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sesso  M  F    Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Data di

nascita: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Iscritto all'OMCEO di : \_\_\_\_\_

Numero di iscrizione: \_\_\_\_\_

Allegare:

Mod.2

Mod.3

che il **nuovo Responsabile del servizio di prevenzione e protezione** è il Sig./Sig.ra:

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F    Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Data di

nascita: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 8

che la **ragione/denominazione sociale/forma giuridica** del soggetto è stata mutata in:

\_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Numero iscrizione RUNTS \_\_\_\_\_ oppure N.REA \_\_\_\_\_

A seguito di  trasformazione  fusione  scissione  altro \_\_\_\_\_

Adempimento per il quale **ha già** ottemperato ai relativi adempimenti presso SUAP/CCIAA/Agenzia delle Entrate/RUNTS competente (allegare documenti e ricevuta)

E per la quale richiede voltura di autorizzazione sanitaria in continuità confermando tutti gli altri requisiti relativi alla sede fissa e ai mezzi (in caso contrario, allegare contestualmente i modelli idonei)

N.B. alcune delle citate modifiche statutarie o dichiarative presso Agenzia Entrate e Registro Imprese (es. nel caso di passaggio da soggetto no profit a profit) già effettuate potrebbero comportare la revoca dell'autorizzazione.

**chiede**

di immettere **in esercizio il seguente automezzo:**

modello: \_\_\_\_\_

targato: \_\_\_\_\_ telaio: \_\_\_\_\_

immatricolato in data \_\_\_\_\_

Per l'attività già autorizzata con Provvedimento \_\_\_\_\_

Chiedendo idoneo sopralluogo da parte del Dipartimento di Prevenzione della ASL competente per sede legale (che avverrà entro 30 giorni).

di trasferire la **sede legale ed operativa o solo operativa relativa al trasporto in ambulanza** da:

Comune di: \_\_\_\_\_

via/p.zza: \_\_\_\_\_ civico: \_\_\_\_\_

a

Comune di: \_\_\_\_\_

via/p.zza: \_\_\_\_\_ civico: \_\_\_\_\_

di aggiungere l'**unità locale/sede operativa relativa al trasporto in ambulanza** presso:

Comune di: \_\_\_\_\_



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 8

via/p.zza: \_\_\_\_\_ civico: \_\_\_\_\_

**Chiedendo idoneo sopralluogo da parte del Dipartimento di Prevenzione della ASL competente per sede legale (che avverrà entro 30 giorni)**

Titolo giuridico di disponibilità della nuova sede:

- proprietà
- locazione, estremi di registrazione presso AE .....
- altro ..... estremi di registrazione .....
- già dichiarata al Registro Imprese (se previsto)
- ancora da dichiarare al Registro Imprese (se previsto)

**- ALLEGARE VISURA PLANIMETRICA**

**- ALLEGARE PLANIMETRIA progettuale della sede** in scala 1:100 e foto dalle quali si evidenzia la presenza di:

- a) locale destinato alla sosta/riposo dell'equipaggio;
- b) locale destinato allo spazio di ristoro, rispondente alle condizioni di sicurezza alimentare;
- c) stanza ad uso amministrativo/gestionale, dotata di archivio documentazione, deposito apparecchiature elettromedicali e dotazioni di soccorso;
- d) spazio dotato di armadi separati per il deposito del materiale pulito e sporco;
- e) spogliatoio con superficie di almeno 1 mq per ogni operatore presente e comunque non inferiore a 3 mq;
- f) servizi igienici per il personale con docce, in accordo con la normativa vigente/TULPS.
- g) luogo idoneo al deposito delle bombole di ossigeno nel rispetto della normativa di legge;
- h) area di stazionamento dei mezzi in adiacenza alla sede operativa e con presenza di spazi/strutture idonee per il ricovero, la pulizia sanificazione dei mezzi. Deve essere garantita un'adeguata protezione dalle intemperie dei mezzi di trasporto.

Nel caso di impresa individuale o società commerciale (diversa dagli ETS) iscritta al Registro Imprese, allegare copia dell'avvenuto pagamento delle TT.CC.GG.

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.

Allegare:



Giunta Regionale

DIPARTIMENTO SANITA'

Mod. 8

Mod. 4 con particolare riferimento alla dichiarazione dei requisiti dal punto 10 al punto 13.

Mod. 5

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.

**INFORMATIVA PRIVACY – Autorizzazione al trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016**

Si informa che i suoi dati personali - inseriti nel presente modulo - saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo