

Al Sindaco  
del Comune di Guastalla

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE  
ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI SOCCORSO/TRASPORTO DI INFERMI  
CON AMBULANZA E AUTOMEDICA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F./P.IVA \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
della \_\_\_\_\_  
(ditta individuale, società, azienda)  
con sede legale in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della sede organizzativa e/o postazione (precisare):

\_\_\_\_\_  
Denominazione, indirizzo  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allo scopo allega:

1.  Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con relativo layout e con destinazione d'uso dei singoli locali;
2.  Piano aziendale con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni;

Devono essere altresì allegati:

**3. Per il personale:**

- 3.1 Dichiarazione di accettazione dell'incarico di direzione sanitaria del servizio;
- 3.2 Autodichiarazione del laureato in medicina e chirurgia che si assume la direzione sanitaria del servizio circa l'iscrizione all'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri;

Nel caso di autorizzazione di postazione con sede organizzativa in altro Comune i precedenti punti 3.1 e 3.2 sono sostituiti dal seguente punto 3.3:

3.3 Autodichiarazione relativa agli estremi dell'atto autorizzativo e nominativo del direttore sanitario;

3.4 Elenco del personale sanitario (medici e infermieri) e non sanitario (autisti, soccorritori) a rapporto d'impiego con l'indicazione dei titoli professionali posseduti e delle mansioni espletate;

3.5 Elenco del personale sanitario (medici e infermieri) e non sanitario (autisti, soccorritori) volontario con l'indicazione dei titoli professionali posseduti e delle mansioni espletate;

**4. Per ogni autoambulanza/automedica:**

4.1 Elenco autoambulanza/automediche e copia delle relativa carta di circolazione;

4.2 Elenco del materiale sanitario in dotazione;

4.3 Elenco delle attrezzature fisse e mobili di assistenza cardio-respiratoria;

**5. Per le caratteristiche organizzative dell'attività:**

5.1 Dichiarazione circa le modalità di ricezione delle richieste di trasporto e soccorso e di coordinamento delle attività per cui si chiede l'autorizzazione (centralino telefonico proprio, dipendenza da altra centrale, sistema radio, ecc.);

5.2 Autocertificazione circa l'eventuale possesso dell'atto di concessione del Ministero Poste e Telecomunicazioni per l'uso dei sistemi radiomobili;

5.3 Protocollo per la periodica disinfezione ordinaria e straordinaria dopo il trasporto di malati infettivi;

5.4 Elenco delle eventuali attrezzature e materiali sanitari presenti in sede (esclusi quelli dichiarati su ogni mezzo).

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione ai punti 3.2, 3.4, 3.5 e 4.1.

Guastalla, li' \_\_\_\_\_

Il legale rappresentante

\_\_\_\_\_

Allegati n. \_\_\_\_\_

INFORMATIVA PRIVACY - Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 si informa che il Comune di Guastalla con sede in Piazza Mazzini n.1 Telefono 0522/839711 è il Titolare dei dati personali e si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dai richiedenti. Tutti i dati forniti saranno trattati solo per le finalità connesse e strumentali al presente procedimento, nel rispetto delle disposizioni vigenti. Il Responsabile per la Protezione dei dati per il Comune di Guastalla è AVV. CORÀ NADIA VIA SAN MARTINO 8/B – 46049 VOLTA MANTOVANA (MN). Il trattamento dei dati raccolti viene effettuato con strumenti manuali, informatici o telematici esclusivamente per fini istituzionali e precisamente in funzione e per i fini e tempi del presente procedimento.