

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____)
(luogo)

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

in qualità di legale rappresentante della (Barrare la casella interessata):

- Associazione di Volontariato;
 Croce Rossa Italiana;
 Istituzioni e organismi a scopo non lucrativo di cui all'art. 1, c.8 del D. Lgs. 502/92;
 Altro _____;

(denominazione)

con sede in _____

partita iva /cod. fiscale _____

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA'

AD ESSERE CONTATTATO PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO IN EMERGENZA-URGENZA E ORDINARIO-PROGRAMMATO DI QUESTA AZIENDA SANITARIA, AI SENSI DELLA L. R. 18/2012 E DELLA D.G.R. 207/2015 PER L'AREA ALTOCHIASCIO E ALTOTEVERE, DI CUI ALL'AVVISO DEL __/__/____.

DICHIARA

(barrare la casella interessata)

- Di essere in possesso dell'autorizzazione e dell'accreditamento previsti dalla D.G.R. 207/2015;
 Di essere nelle condizioni previste dall'art. 6 della D.G.R. 207/2015,
 Di essere iscritto nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato o appartenere al Comitato regionale della Croce Rossa Italiana ovvero alla Camera Commercio;

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE DISPONIBILE A SVOLGERE LE SEGUENTI ATTIVITA'

TRASPORTI SANITARI IN REGIME DI EMERGENZA-URGENZA

(barrare le caselle interessate)

TIPO DI TRASPORTO	AREA ALTOCHIASCIO	AREA ALTOTEVERE
Trasporti primari in emergenza		
Servizio 118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasporti secondari in urgenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti in utero e neonatali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti per trapianti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti per TSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti in emergenza-Urgenza da presidio ospedaliero ad altro presidio ospedaliero a maggiore complessità, anche fuori regione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimento Urgenti (senza assistenza) di Sangue e derivati ematici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e per tali trasporti di poter mettere a disposizione il seguente numero di mezzi:

TIPO MEZZO	NUMERO
Ambulanza di tipo A con autista	
Automezzo omologato per soccorso avanzato	
Automezzo omologato al trasporto di sangue e derivanti ematici con autista	

TRASPORTI SANITARI IN REGIME ORDINARI PROGRAMMATI

(barrare le caselle interessate)

TIPO DI TRASPORTO	AREA ALTOCHIASCIO	AREA ALTOTEVERE
Trasporto di pazienti dializzati barellati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti/trasporti ordinari programmati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e per tali trasporti di poter mettere a disposizione il seguente numero di mezzi:

TIPO MEZZO	NUMERO
Ambulanza di tipo B con autista	
Autovetture omologate al trasporto disabili e persone con handicap	
Pulmini omologate al trasporto disabili e persone con handicap	

(Qualora si disponga di altri mezzi non ricompresi nelle casistiche di cui sopra e qualora lo si ritenga utile ed opportuno, indicarli nella tabella in calce al presente documento)

- che l'indirizzo al quale inviare ogni comunicazione relativa alla procedura in oggetto ai fini dell'art. 79 del D. Lgs. 163/2006 è il seguente:

tel. _____, fax _____, e-mail _____, PEC _____.

Il sottoscritto allega alla presente copia fotostatica di proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma del Rappresentante l'impresa

Tipo automezzo/modello	Breve descrizione del servizio/i per cui il mezzo è omologato	Numero