

PEC: protocollo.azero@pecveneto.it

Al Direttore Generale  
Azienda Zero  
Passaggio Gaudenzio 1  
Padova

**TRASPORTO CON AMBULANZA  
TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA**

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO**

RILASCIO (NUOVA) AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

CONFERMA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

La/Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_  
p.e.c. \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante di:.....

(indicare l'esatta denominazione registrata presso la Camera di Commercio della persona giuridica)

codice fiscale/partita iva \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
c.a.p. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_  
p.e.c. \_\_\_\_\_

**AGGIUNGERE**

Direttore Sanitario \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_

**DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA** \_\_\_\_\_  
**LA STRUTTURA** " \_\_\_\_\_ "

**CHIEDE**

- per attività di trasporto con ambulanza  
 per attività di trasporto e soccorso con ambulanza

**AUTORIZZAZIONI ALL'ESERCIZIO PRECEDENTI:**

DECRETO n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

DECRETO n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**STRUTTURA ACCREDITATA**

- SI DGR \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 NO

**BASE OPERATIVA PRINCIPALE**

Indirizzo	Tel.	Cell.	p.e.c.	email	Liste di verifica

**BASI OPERATIVE PERIFERICHE**

Sede operativa periferica	Tel.	Cell.	p.e.c.	email	Liste di verifica

**N. B.:** indicare se le nuove basi operative sono in sostituzione di quelle precedentemente autorizzate e dismesse

**VEICOLI DA AUTORIZZARE:**

Marca	Modello	Targa	Km (alla data attuale)	Immatricolazione	Tipo veicolo	Tipologia Trasporto	Tipologia Soccorso

Si prega di specificare i **VEICOLI DISMESSI** dall'ultimo provvedimento di autorizzazione ad oggi:

Marca	Modello	Targa	Km (alla data attuale)	Immatricolazione	Tipo veicolo	Tipologia Trasporto	Tipologia Soccorso	DECRETO DI AUTORIZZAZIONE

Indicare referente dell'istruttoria quale contatto per il presente procedimento:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

**ALLEGATI****Documentazione per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio**

- Copia carta identità del Legale Rappresentante;
- Certificato di agibilità (sanitaria) delle basi operative;
- Liste di verifica requisiti generali e specifici DGR 1080/2007, compilate nella colonna riservata all'autovalutazione;
- Dichiarazione di assunzione della Direzione Sanitaria da parte del medico (completa di generalità e riferimento dell'iscrizione all'Albo);

- Planimetria dei locali con relativi metri quadri, riportante l'indicazione funzionale e la disposizione degli arredi e della strumentazione;
- Relazione sintetica di presentazione della struttura: missione, popolazione/bacino d'utenza, tipologia e volumi delle prestazioni, organigramma, dotazione organica, ecc.
- Documentazione veicolo/i

### **Documentazione per la conferma di autorizzazione all'esercizio**

- Copia carta identità del Legale Rappresentante;
- Autorizzazione all'esercizio precedente;
- Liste di verifica requisiti generali e specifici DGR 1080/2007, compilate nella colonna riservata all'autovalutazione;
- Dichiarazione di assunzione della Direzione Sanitaria da parte del medico (completa di generalità e riferimento dell'iscrizione all'Albo);
- Planimetria dei locali con relativi metri quadri, riportante l'indicazione funzionale e la disposizione degli arredi e della strumentazione;
- Relazione sintetica di presentazione della struttura: missione, popolazione/bacino d'utenza, tipologia e volumi delle prestazioni, organigramma, dotazione organica, ecc.
- Documentazione veicolo/i

Data

Timbro e firma  
del Legale Rappresentante