



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 5165

Seduta del 16/05/2016

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*  
VALENTINA APREA  
VIVIANA BECCALOSSI  
SIMONA BORDONALI  
FRANCESCA BRIANZA  
CRISTINA CAPPELLINI  
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA  
GIULIO GALLERA  
MASSIMO GARAVAGLIA  
MAURO PAROLINI  
ANTONIO ROSSI  
ALESSANDRO SORTI  
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta del Presidente Roberto Maroni

Oggetto

AGGIORNAMENTO DELLA DISCIPLINA DEI SERVIZI IN MATERIA DI TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE, TRASPORTO SANITARIO E SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Dirigente Marco Cozzoli

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 149 pagine

di cui 135 pagine di allegati

parte integrante



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

**RICHIAMATA** la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" così come modificata dalle leggi regionali 11 agosto 2015, n. 23 e 22 dicembre 2015 n. 41, con particolare riferimento ai seguenti articoli:

- art. 15 (Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie) in base al cui disposto: "*... i soggetti che intendono svolgere attività di soccorso sanitario, trasporto sanitario semplice o di trasporto sanitario, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) alla ATS competente per territorio, allegando i documenti previsti dalle vigenti normative.*", demandando alla Giunta regionale, con deliberazione da comunicare alla commissione consiliare competente, a) la definizione dell'iter procedurale e dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino, nonché le modalità di presentazione della SCIA; b) le modalità di verifica della permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio delle attività di cui alla lettera a);
- art. 16 (Azienda regionale dell'emergenza urgenza) per disposto del quale AREU "*rientra tra gli enti del servizio sanitario regionale e, nell'ambito dei LEA, garantisce su tutto il territorio regionale lo svolgimento e il coordinamento intraregionale e interregionale delle funzioni a rete relative all'indirizzo, al coordinamento e al monitoraggio dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera, il coordinamento delle attività trasfusionali dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati, il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione, nonché le ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale.*";
- art. 27 quinquies (Sanzioni):
  - comma 1: "*Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale,*



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

*nonchè le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, l'inosservanza delle disposizioni relative ai requisiti richiesti per l'esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie, incluse quelle che svolgono attività di soccorso e/o trasporto sanitario, ..... comportano l'applicazione delle seguenti sanzioni: a) da € 15.000 a € 150.000 per l'esercizio di attività sanitarie o di soccorso e trasporto sanitario in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA; .....* "

- *comma 4: "L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta alle ATS, che introitano le somme riscosse a seguito dell'irrogazione.";*
- *comma 5: "L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento o l'inottemperanza al debito informativo di cui al comma 1, lettera j), comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accREDITamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo L'accertamento della mancata autorizzazione o della mancata presentazione della SCIA comporta, oltre all'applicazione della sanzione di cui al comma 1, lettera a), il divieto di prosecuzione dell'attività. .... ";*
- *comma 7: "L'accertamento di una mancanza di requisiti autorizzativi o di accreditamento tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accREDITamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della*



## Regione Lombardia LA GIUNTA

*presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo.";*

- *comma 8: "Le violazioni delle disposizioni relative ai requisiti di autorizzazione o di accreditamento e di codifica delle prestazioni di cui al comma 1, lettere c), e), g), e h), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comportano la diffida ad ottemperare con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un tempo congruo al ripristino dei requisiti non assolti o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di continuare l'attività.";*
- *comma 9: "La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai commi 5, 6, 7 e 8 comporta la revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione dell'attività.";*
- *comma 10: "Per quanto non espressamente previsto, si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni della legge 24 novembre, n. 689 (Modifiche al sistema penale), con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'articolo 11.";*

### **RICHIAMATI** i seguenti provvedimenti amministrativi regionali:

- *la DGR n. VI/45819 del 22 ottobre 1999 ad oggetto "Complesso degli interventi attuativi e degli indirizzi organizzativi volti ad assicurare concretamente lo sviluppo del servizio di emergenza ed urgenza 118 in esecuzione dei provvedimenti di riordino assunti dalla Regione Lombardia con d.g.r. n. 27099 in data 8 aprile 1997, d.c. n. VI/932 in data 17 giugno 1998 e d.g.r. n. 37434 in data 17 luglio 1998";*
- *la DGR n. VIII/1743 del 18 gennaio 2006 "Nuove determinazioni in materia di trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Revoca della delibera della Giunta regionale n. VII/12753 de 16 aprile 2003.", con la quale è stato*



## Regione Lombardia LA GIUNTA

- approvato l'iter procedurale per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario, per il riconoscimento dell'equipollenza dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario per i soggetti privati autorizzati in altre regioni, l'iter formativo per il personale addetto al trasporto sanitario extraospedaliero e le dotazioni minimali delle attrezzature e del materiale sanitario a bordo dei mezzi di trasporto sanitario;
- la DGR n. IX/1964 del 6 luglio 2011 "Soccorso sanitario extraospedaliero – Aggiornamento DD.G.R. n. VI/37434 del 17.7.1998, n. VI/45819 del 22.10.1999, n. VII/16484 del 23.2.2004 e n. VIII/1743 del 18.1.2006", con la quale Regione Lombardia ha, tra l'altro:
    1. approvato il documento "Soccorso Sanitario Extra-Ospedaliero – Proposta di aggiornamento dd.g.r. n. VI/37434 del 17.7.1998, n. VI/45819 del 22.10.1999, n. VII/16484 del 23.2.2004 e n. VIII/1743 del 18.1.2006" (allegato A) composto da:
      - Allegato 1 "Nuovi assetti organizzativi in materia di Soccorso Sanitario Extra- Ospedaliero";
      - Allegato 2 "Ridistribuzione dei mezzi di soccorso a disposizione delle AAT";
      - Allegato 3 "Riorganizzazione dell'Infrastruttura Tecnologica";
    2. aggiornato, coerentemente ai contenuti del documento sopra citato e, in accordo con le OO.SS.:
      - le dd.g.r. n. VI/37434/1998, n. VI/45819/1999 e n. VIII/1743/2006 per quanto attiene la disciplina autorizzativa relativa ai requisiti tecnici e organizzativi per lo svolgimento dell'attività di Soccorso Sanitario;
      - la d.g.r. n. VII/16484/2004 confermando, così come previsto dalla l.r. n. 33/2009 e dalla d.g.r. n. VIII/6994/2008:
        - > in capo ad AREU tutte le competenze attribuite in tema di coordinamento e direzione dell'attività di Emergenza-Urgenza Extra- Ospedaliera;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

- in capo alle ASL - in qualità di garanti delle erogazioni delle prestazioni sanitarie ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, definite dal Piano Sanitario Nazionale e dalla Programmazione Regionale - la programmazione e la realizzazione di sistematici momenti di confronto con le Strutture Sanitarie erogatrici di prestazioni di Emergenza-Urgenza Ospedaliera, con le AAT e le COEU di AREU;
  - le dd.g.r. n. VI/37434/1998 e n. VI/45819/1999 per quanto attiene l'organizzazione delle attività di Soccorso Sanitario;
3. esteso l'applicazione di quanto disposto dalla DGR n. IX/893/2010, allegati 1.1. "*Procedura per l'autorizzazione e il controllo dell'attività di Trasporto Sanitario Semplice e Trasporto Sanitario*" e 3.2. "*Dotazione e requisiti minimi delle autoambulanze di tipo "A" e "A1"* (D.M. n. 553/1987 e D.M. n. 487/1997) adibite al Trasporto Sanitario" i cui contenuti sono compatibili con l'attività di Soccorso Sanitario e Trasporto in Emergenza Urgenza;
- la DGR n. IX/3542 del 30 maggio 2012 "DGR n. IX/893 del 1 dicembre 2010 "*Trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Aggiornamento DGR n. VIII/001743 del 18 gennaio 2006*" – interpretazioni e rettifiche" con la quale, al fine di risolvere alcune criticità interpretative emerse in sede di applicazione della disciplina di cui alla DGR n. IX/893/2010, relativa ai requisiti autorizzativi per l'attività di trasporto sanitario semplice e trasporto sanitario, e per garantire sull'intero territorio regionale un'applicazione puntuale ed univoca delle disposizioni nella stessa contenute, si è provveduto ad aggiornare ed in parte rettificare la DGR n. IX/893/2010, lasciando in vigore, per le parti non modificate, quanto già disciplinato con le precedenti DGR n. IX/893/2010 e n. VIII/1743/2006;
  - il decreto della Direzione Generale Sanità n. 7474 del 9 luglio 2008 ad oggetto "*Formazione Soccorritori: norme applicative per il percorso*



## Regione Lombardia LA GIUNTA

*formativo del soccorritore esecutore e istruttore" ;*

**DATO ATTO** che, per disposto dell'art. 15 l.r. 33/09, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lettera u) l.r. 11 agosto 2015, n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", è stata introdotta la segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) per l'esercizio delle attività di soccorso sanitario, trasporto sanitario e trasporto sanitario semplice, in luogo del regime autorizzativo;

**RAVVISATA** pertanto la necessità di procedere, a seguito delle modifiche normative intervenute, ad una nuova valutazione dell'interesse pubblico sotteso alla disciplina delle predette attività, aggiornando e semplificando in più parti la relativa procedura ed il percorso dei controlli;

**CONSIDERATO** altresì che, alla luce delle molteplici discipline susseguitesi negli anni, si ritiene opportuno redigere un documento unico che accorpi la disciplina dei servizi di soccorso sanitario extraospedaliero e dei servizi di trasporto sanitario e sanitario semplice, definiti di seguito, comprensivo degli aspetti attinenti ai requisiti tecnici ed organizzativi, ai relativi percorsi formativi, alla presentazione della SCIA, al sistema delle verifiche e dei controlli e degli aspetti attinenti al convenzionamento per quanto concerne il soccorso, aggiornando e semplificando in più parti la relativa procedura in conseguenza dell'introduzione della segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) per l'esercizio delle predette attività, per disposto dell'art. 15 l.r. 33/09 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità":

- trasporto sanitario semplice: trasporto di persone con impiego di ambulanza, autovettura e di furgone finestrato, limitatamente ai servizi effettuati da Soggetti convenzionati con l'Azienda Sanitaria, con contributo economico riconosciuto dalla stessa. Rientra altresì in tale tipologia di servizio il trasporto in ambulanza di persone che, in assenza di prescrizione di accompagnamento sanitario formulata da una Struttura Sanitaria, richiedono un accompagnamento: da domicilio a Strutture Sanitarie e/o



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

Socio Sanitarie e viceversa; tra luoghi non sanitari. Sono esclusi pertanto dalla definizione di trasporto sanitario semplice i servizi di trasporto ad uso sociale e socio assistenziale gestiti dagli enti locali, e comunque tutti i trasporti che esulano dall'ambito sanitario e sanitario semplice;

- trasporto sanitario: trasporto di pazienti disposto da Strutture Sanitarie di ricovero e cura (interospedaliero), ovvero all'interno delle medesime (intra ospedaliero);
- soccorso sanitario extraospedaliero (territoriale): soccorso e trasporto di persone disposto o coordinato dalle Sale Operative Regionali di Emergenza Urgenza (SOREU) che si concluda o meno presso una Struttura di ricovero e cura accreditata per l'emergenza urgenza. È assimilato al soccorso sanitario extraospedaliero l'attività di stazionamento e soccorso in occasione di eventi/manifestazioni per le quali è prevista la presenza di personale e mezzi di soccorso nel rispetto della normativa specifica e delle procedure operative di AREU; per tale attività non è necessario il convenzionamento con AREU;

**DATO ATTO** che il documento in parola è stato elaborato con la collaborazione ed il supporto dei componenti del tavolo tecnico istituito con nota prot. n. H1.2015.0003844 del 2 febbraio 2015;

**DATO ATTO** che il presente provvedimento:

- revoca integralmente i seguenti provvedimenti:
  - Delibera della Giunta regionale (DGR) n. VIII/1743 del 18 gennaio 2006 "*Nuove determinazioni in materia di trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Revoca della delibera della Giunta regionale n. VII/12753 del 16 aprile 2003.*";
  - DGR n. IX/893 del 1 dicembre 2010 "*Trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Aggiornamento DGR n. VIII/001743 del 18 gennaio 2006*"; DGR n. IX/3542 del 30 maggio 2012 "*DGR n. IX/893 del 1 dicembre 2010 "Trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Aggiornamento DGR n. VIII/001743 del 18 gennaio 2006" – interpretazioni e rettifiche*";
- revoca la disciplina contenuta nella DGR n. IX/1964 del 6 luglio 2011





## Regione Lombardia LA GIUNTA

"Soccorso sanitario extraospedaliero - Aggiornamento DD.G.R. n. VI/37434 del 17.7.1998, n. VI/45819 del 22.10.1999, n. VII/16484 del 23.2.2004 e n. VIII/1743 del 18.1.2006" esclusivamente per quanto attiene i titoli abilitativi e i relativi requisiti tecnici e organizzativi per lo svolgimento dell'attività di soccorso sanitario extraospedaliero. Sono quindi da ritenersi abrogati i seguenti Capitoli, nelle parti specificate:

- RISORSE UMANE, nelle seguenti parti:
  - > intero Paragrafo "Personale non appartenente al SSR" (pag 11);
  - > Paragrafo "Formazione" limitatamente all'intero capoverso denominato "Personale appartenente al SSR" (pag 12);
- MEZZI DI SOCCORSO: tutto il paragrafo (pag. 12, 13 e 14);
- SOGGETTI SUSSIDIARI: tutto il paragrafo (pag. 14, 15, 16 e 17);
- FASE TRANSITORIA: tutto il paragrafo (pag 17);
- aggiorna la DGR n. VI/45819 del 22 ottobre 1999 "Complesso degli interventi attuativi e degli indirizzi organizzativi volti ad assicurare concretamente lo sviluppo del servizio di emergenza ed urgenza 118 in esecuzione dei provvedimenti di riordino assunti dalla Regione Lombardia con d.g.r. n. 27099 in data 8 aprile 1997, d.c. n. VI/932 in data 17 giugno 1998 e d.g.r. n. 37434 in data 17 luglio 1998" esclusivamente in relazione alla forma giuridica della Croce Rossa Italiana (di seguito CRI), prevedendo che la disciplina della DGR 45819/99 si applichi alla CRI costituita nelle forme giuridiche previste per la stessa dalla normativa vigente;

**DATO ATTO** inoltre che, per effetto della revoca dei provvedimenti sopra menzionati, vengono meno gli effetti del Decreto della Direzione Generale Sanità n. 7474 del 9 luglio 2008 "Formazione Soccorritori: norme applicative per il percorso formativo del soccorritore esecutore e istruttore";

**RITENUTO** conseguentemente opportuno demandare ad AREU l'adozione di uno specifico documento, che dovrà essere redatto entro 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento deliberativo, avente ad oggetto la regolamentazione in ordine alla verifica delle competenze acquisite e alla modalità di espletamento dell'esame di certificazione per l'acquisizione della qualifica di "Soccorritore-Esecutore";



## Regione Lombardia LA GIUNTA

**DATO ATTO** infine che il documento è costituito dai seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

**A** – Linee di indirizzo in materia di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario e soccorso sanitario extraospedaliero suddiviso in;

- **A1** – requisiti tecnico organizzativi per lo svolgimento del servizio di trasporto sanitario semplice;
- **A2** – requisiti tecnico organizzativi per lo svolgimento del servizio di trasporto sanitario;
- **A3** – requisiti tecnico organizzativi per lo svolgimento del servizio di soccorso sanitario extraospedaliero;
- **A4** – percorsi formativi;

**B** – Dotazione dei mezzi utilizzabili per le attività di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario e soccorso sanitario extraospedaliero;

**C** – Azioni e requisiti ai fini dello svolgimento delle attività di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario, soccorso sanitario SSR Regione Lombardia;

**D** – Modulistica per la presentazione della SCIA, comprendente:

- modulo SCIA attività trasporto sanitario semplice;
- modulo SCIA attività trasporto sanitario;
- modulo SCIA assistenza e soccorso in eventi/manifestazioni
- moduli nn. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e modulo comunicazioni;

**RITENUTO** di demandare alla Direzione Generale Welfare l'aggiornamento della modulistica (allegato D) per la presentazione della SCIA ai sensi del presente provvedimento, tramite apposito decreto del Direttore Generale da pubblicarsi sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione stessa;

**RITENUTO** infine di pubblicare il presente atto e relativi allegati parti integranti sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Welfare;

**Valutate ed assunte** come proprie le predette determinazioni;

**DELIBERA**



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

Per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

- 1) di redigere un documento unico che accorpi la disciplina dei servizi di soccorso sanitario extraospedaliero e dei servizi di trasporto sanitario e sanitario semplice, definiti di seguito, comprensivo degli aspetti attinenti ai requisiti tecnici ed organizzativi, ai relativi percorsi formativi, alla presentazione della SCIA, al sistema delle verifiche e dei controlli e degli aspetti attinenti al convenzionamento per quanto concerne il soccorso, aggiornando e semplificando in più parti la relativa procedura in conseguenza dell'introduzione della segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) per l'esercizio delle predette attività, per disposto dell'art. 15 l.r. 33/09 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità":
  - trasporto sanitario semplice: trasporto di persone con impiego di ambulanza, autovettura e di furgone finestrato, limitatamente ai servizi effettuati da Soggetti convenzionati con l'Azienda Sanitaria, con contributo economico riconosciuto dalla stessa. Rientra altresì in tale tipologia di servizio il trasporto in ambulanza di persone che, in assenza di prescrizione di accompagnamento sanitario formulata da una Struttura Sanitaria, richiedono un accompagnamento: da domicilio a Strutture Sanitarie e/o Socio Sanitarie e viceversa; tra luoghi non sanitari. Sono esclusi pertanto dalla definizione di trasporto sanitario semplice i servizi di trasporto ad uso sociale e socio assistenziale gestiti dagli enti locali, e comunque tutti i trasporti che esulano dall'ambito sanitario e sanitario semplice;
  - trasporto sanitario: trasporto di pazienti disposto da Strutture Sanitarie di ricovero e cura (interospedaliero), ovvero all'interno delle medesime (intra ospedaliero);
  - soccorso sanitario extraospedaliero (territoriale): soccorso e trasporto di persone disposto o coordinato dalle Sale Operative Regionali di Emergenza Urgenza (SOREU) che si concluda o meno presso una Struttura di ricovero e cura accreditata per l'emergenza urgenza. È



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

assimilato al soccorso sanitario extraospedaliero l'attività di stazionamento e soccorso in occasione di eventi/manifestazioni per le quali è prevista la presenza di personale e mezzi di soccorso nel rispetto della normativa specifica e delle procedure operative di AREU; per tale attività non è necessario il convenzionamento con AREU;

2) di dare atto che il presente provvedimento:

- revoca integralmente i seguenti provvedimenti:
  - Delibera della Giunta regionale (DGR) n. VIII/1743 del 18 gennaio 2006 "Nuove determinazioni in materia di trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Revoca della delibera della Giunta regionale n. VII/12753 de 16 aprile 2003.";
  - DGR n. IX/893 del 1 dicembre 2010 "Trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Aggiornamento DGR n. VIII/001743 del 18 gennaio 2006";
  - DGR n. IX/3542 del 30 maggio 2012 "DGR n. IX/893 del 1 dicembre 2010 "Trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Aggiornamento DGR n. VIII/001743 del 18 gennaio 2006" – interpretazioni e rettifiche";
  
- revoca la disciplina contenuta nella DGR n. IX/1964 del 6 luglio 2011 "Soccorso sanitario extraospedaliero – Aggiornamento DD.G.R. n. VI/37434 del 17.7.1998, n. VI/45819 del 22.10.1999, n. VII/16484 del 23.2.2004 e n. VIII/1743 del 18.1.2006" esclusivamente per quanto attiene i titoli abilitativi e i relativi requisiti tecnici e organizzativi per lo svolgimento dell'attività di soccorso sanitario extraospedaliero. Sono quindi da ritenersi abrogati i seguenti Capitoli, nelle parti specificate:
  - RISORSE UMANE, nelle seguenti parti:
    - > intero Paragrafo "Personale non appartenente al SSR" (pag 11);
    - > Paragrafo "Formazione" limitatamente all'intero capoverso denominato "Personale appartenente al SSR" (pag 12);
  - MEZZI DI SOCCORSO: tutto il paragrafo (pag. 12, 13 e 14);
  - SOGGETTI SUSSIDIARI: tutto il paragrafo (pag. 14, 15, 16 e 17);
  - FASE TRANSITORIA: tutto il paragrafo (pag 17);
  
- aggiorna la DGR n. VI/45819 del 22 ottobre 1999 "Complesso degli



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

*interventi attuativi e degli indirizzi organizzativi volti ad assicurare concretamente lo sviluppo del servizio di emergenza ed urgenza 118 in esecuzione dei provvedimenti di riordino assunti dalla Regione Lombardia con d.g.r. n. 27099 in data 8 aprile 1997, d.c. n. VI/932 in data 17 giugno 1998 e d.g.r. n. 37434 in data 17 luglio 1998" esclusivamente in relazione alla forma giuridica della Croce Rossa Italiana (di seguito CRI), prevedendo che la disciplina della DGR 45819/99 si applichi alla CRI costituita nelle forme giuridiche previste per la stessa dalla normativa vigente;*

- 3) di dare atto inoltre che, per effetto della revoca dei provvedimenti sopra menzionati, vengono meno gli effetti del Decreto della Direzione Generale Sanità n. 7474 del 9 luglio 2008 *"Formazione Soccorritori: norme applicative per il percorso formativo del soccorritore esecutore e istruttore"*;
- 4) di demandare conseguentemente ad AREU l'adozione di uno specifico documento, che dovrà essere redatto entro 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento deliberativo, avente ad oggetto la regolamentazione in ordine alla verifica delle competenze acquisite e alla modalità di espletamento dell'esame di certificazione per l'acquisizione della qualifica di "Soccorritore-Esecutore";
- 5) di approvare i seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
  - A** – Linee di indirizzo in materia di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario e soccorso sanitario extraospedaliero suddiviso in;
    - **A1** – requisiti tecnico organizzativi per lo svolgimento del servizio di trasporto sanitario semplice;
    - **A2** – requisiti tecnico organizzativi per lo svolgimento del servizio di trasporto sanitario;
    - **A3** – requisiti tecnico organizzativi per lo svolgimento del servizio di soccorso sanitario extraospedaliero;
    - **A4** – percorsi formativi;
  - B** – Dotazione dei mezzi utilizzabili per le attività di trasporto sanitario semplice,



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

trasporto sanitario e soccorso sanitario extraospedaliero;

**C** – Azioni e requisiti ai fini dello svolgimento delle attività di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario, soccorso sanitario SSR Regione Lombardia;

**D** – Modulistica per la presentazione della SCIA, comprendente:

- modulo SCIA attività trasporto sanitario semplice;
- modulo SCIA attività trasporto sanitario;
- modulo SCIA assistenza e soccorso in eventi/manifestazioni
- moduli nn. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e modulo comunicazioni;

- 6) di demandare alla Direzione Generale Welfare l'aggiornamento della modulistica (allegato D) per la presentazione della SCIA ai sensi del presente provvedimento, tramite apposito decreto del Direttore Generale da pubblicarsi sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione stessa;
- 7) di inviare il presente provvedimento deliberativo e relativi allegati parti integranti e sostanziali al Consiglio Regionale, ai sensi dell'art. 15, comma 2, l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*";
- 8) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento e dei relativi allegati parti integranti sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Welfare.

IL SEGRETARIO

FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

**ALLEGATO A**

**LINEE DI INDIRIZZO  
IN MATERIA DI  
TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE  
TRASPORTO SANITARIO E  
SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO**

## **PREMESSA**

Il presente documento:

- revoca integralmente i seguenti provvedimenti:
  - Delibera della Giunta regionale (DGR) n. VIII/1743 del 18 gennaio 2006 "Nuove determinazioni in materia di trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Revoca della delibera della Giunta regionale n. VII/12753 de 16 aprile 2003.";
  - DGR n. IX/893 del 1 dicembre 2010 "Trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Aggiornamento DGR n. VIII/001743 del 18 gennaio 2006";
  - DGR n. IX/3542 del 30 maggio 2012 "DGR n. IX/893 del 1 dicembre 2010 "Trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Aggiornamento DGR n. VIII/001743 del 18 gennaio 2006" – interpretazioni e rettifiche";
- revoca la disciplina contenuta nella DGR n. IX/1964 del 6 luglio 2011 "Soccorso sanitario extraospedaliero – Aggiornamento DD.G.R. n. VI/37434 del 17.7.1998, n. VI/45819 del 22.10.1999, n. VII/16484 del 23.2.2004 e n. VIII/1743 del 18.1.2006" esclusivamente per quanto attiene i titoli abilitativi e i relativi requisiti tecnici e organizzativi per lo svolgimento dell'attività di soccorso sanitario extraospedaliero. Sono quindi da ritenersi abrogati i seguenti Capitoli, nelle parti specificate:
  - RISORSE UMANE, nelle seguenti parti:
    - o intero Paragrafo "Personale non appartenente al SSR" (pag. 11);
    - o Paragrafo "Formazione" limitatamente all'intero capoverso denominato "Personale appartenente al SSR" (pag. 12);
  - MEZZI DI SOCCORSO: tutto il paragrafo (pag. 12, 13 e 14);
  - SOGGETTI SUSSIDIARI: tutto il paragrafo (pag. 14, 15, 16 e 17);
  - FASE TRANSITORIA: tutto il paragrafo (pag. 17);
- aggiorna la DGR n. VI/45819 del 22 ottobre 1999 "Complesso degli interventi attuativi e degli indirizzi organizzativi volti ad assicurare concretamente lo sviluppo del servizio di emergenza ed urgenza 118 in esecuzione dei provvedimenti di riordino assunti dalla Regione Lombardia con d.g.r. n. 27099 in data 8 aprile 1997, d.c. n. VI/932 in data 17 giugno 1998 e d.g.r. n. 37434 in data 17 luglio 1998" esclusivamente in relazione alla forma giuridica della Croce Rossa Italiana (di seguito CRI): la disciplina della DGR 45819/99 si applica alla CRI costituita nelle forme giuridiche previste per la stessa dalla normativa vigente;

dettando la nuova disciplina che i soggetti sono tenuti a osservare al fine di poter esercitare l'attività di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario e soccorso sanitario extraospedaliero in Regione Lombardia.

Le presenti disposizioni si applicano a decorrere dall'entrata in vigore del presente provvedimento, fatte salve le specifiche decorrenze indicate nell'allegato B (Dotazione dei mezzi utilizzabili per le attività di Trasporto Sanitario Semplice,



*trasporto Sanitario e Soccorso Sanitario extraospedaliero).*

I soggetti già autorizzati secondo i previgenti provvedimenti (sia per le sedi sia per i mezzi impiegati) non devono presentare Segnalazione Certificata di Inizio Attività (di seguito SCIA) relativa all'inizio dell'attività: dovranno invece presentare SCIA ogni qual volta subentreranno modifiche strutturali, organizzative e/o dei mezzi.

Si ritiene altresì fondamentale che la qualità di tutti i servizi disciplinati dalla presente delibera siano garantiti anche attraverso il coordinamento delle iniziative di controllo a cura dei soggetti del S.S.R. e degli altri Enti Pubblici, deputati al controllo e alla vigilanza.

L'aggiornamento del presente documento è demandato alla Direzione Generale Welfare.

## **1. DEFINIZIONI:**

Le tipologie di servizio di trasporto sanitario si definiscono come segue:

**Trasporto sanitario semplice:** trasporto di persone con impiego di ambulanza, autovettura e di furgone finestrato, limitatamente ai servizi effettuati da Soggetti convenzionati con l'Azienda Sanitaria, con contributo economico riconosciuto dalla stessa.

Rientra altresì in tale tipologia di servizio il trasporto in ambulanza di persone che, in assenza di prescrizione di accompagnamento sanitario formulata da una Struttura Sanitaria, richiedono un accompagnamento:

- da domicilio a Strutture Sanitarie e/o Socio Sanitarie e viceversa,
- tra luoghi non sanitari.

Sono esclusi pertanto dalla definizione di trasporto sanitario semplice i servizi di trasporto ad uso sociale e socio assistenziale gestiti dagli enti locali, e comunque tutti i trasporti che esulano dall'ambito sanitario e sanitario semplice.

**Trasporto sanitario:** trasporto di pazienti disposto da Strutture Sanitarie di ricovero e cura (interospedaliero), ovvero all'interno delle medesime (intra ospedaliero).

**Soccorso sanitario extraospedaliero (territoriale):** soccorso e trasporto di persone disposto o coordinato dalle Sale Operative Regionali di Emergenza Urgenza (SOREU) che si concluda o meno presso una Struttura di ricovero e cura accreditata per l'emergenza urgenza.

È assimilato al soccorso sanitario extraospedaliero l'attività di stazionamento e soccorso in occasione di eventi/manifestazioni per le quali è prevista la presenza di personale e mezzi di soccorso nel rispetto della normativa specifica e delle procedure operative di AREU; per tale attività non è necessario il convenzionamento con AREU.

## **2. PROCEDURE**

### **2.1 Trasporto sanitario semplice e trasporto sanitario**

In coerenza con quanto previsto dall'art. 15 l.r. 33/09, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lettera u) l.r. 11 agosto 2015, n. 23 "*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*", pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia supplemento del 14 agosto 2015, l'esercizio dell'attività di trasporto sanitario semplice e di trasporto sanitario sul territorio regionale è subordinato alla presentazione di una SCIA all'Agenzia di Tutela della Salute (di seguito ATS) territorialmente competente rispetto all'ubicazione della sede operativa attestante:

- il possesso di almeno una sede operativa sul territorio della Regione Lombardia,
- il possesso di almeno un mezzo,
- la presenza di personale,

tutti aventi i requisiti previsti dal presente documento.

Per ogni sede operativa e per ogni mezzo deve essere presentata una SCIA all'ATS territorialmente competente rispetto all'ubicazione della sede operativa.

La SCIA è corredata dalle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà e dalla necessaria documentazione secondo quanto disposto dall'art. 19 L. 7 agosto 1990, n. 241 "*Nuove norme sul procedimento amministrativo*" e va presentata utilizzando la specifica modulistica (allegato D), il cui aggiornamento è demandato alla Direzione Generale Welfare mediante apposito decreto da pubblicarsi sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione stessa.

L'esercizio delle predette attività sul territorio della Regione Lombardia richiede la presentazione della SCIA anche nel caso in cui il Soggetto sia già in possesso di titoli abilitanti in altra Regione.

La sede operativa può essere diversa dalla sede legale, ma è obbligatorio che

siano custoditi presso ogni sede operativa i documenti comprovanti l'avvenuta presentazione della SCIA, quelli relativi al possesso e al mantenimento dei requisiti strutturali e organizzativi nonché i risultati di verifiche e controlli per l'esercizio dell'attività effettuati su quella sede.

L'utilizzo condiviso di una stessa sede operativa da parte di più soggetti è consentito alle seguenti condizioni:

- 1) che tali soggetti svolgano l'attività in compartecipazione;
- 2) che la compartecipazione risulti da formale atto di associazione dal quale si evincano sia le attività svolte *uti singuli* da ciascun componente, sia le eventuali attività comuni;
- 3) che da tale atto risulti il responsabile unico dell'associazione, il quale deve garantire il rispetto delle regole di gestione dell'attività relativamente all'utilizzo della sede nei confronti della Pubblica Amministrazione;
- 4) in caso di nuove attività, il soggetto individuato come responsabile/mandatario è il soggetto titolato a presentare la SCIA per la nuova sede operativa.

La presentazione della SCIA per l'attività di trasporto sanitario dà titolo anche per l'eventuale esercizio dell'attività di trasporto sanitario semplice.

Sono esclusi dalle presenti disposizioni tutte le tipologie di trasporto sanitario gestite dai corpi dello Stato quali a titolo esemplificativo: Forze Armate, Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco.

Sono altresì esclusi dalla presentazione di SCIA, fermo restando il possesso dei requisiti relativi all'iter formativo del personale e al possesso delle dotazioni minimali delle attrezzature e del materiale sanitario a bordo dei mezzi di trasporto sanitario previsti per le diverse tipologie di trasporto effettuate:

- a) i servizi di trasporto sanitario gestiti direttamente, con mezzi propri e con personale dipendente, dalle Strutture sanitarie pubbliche aventi sede nel territorio della Regione Lombardia, il cui funzionamento rientra nell'ordinaria attività gestita dalle rispettive Direzioni Sanitarie aziendali. Tali strutture devono comunicare all'ATS l'esercizio di tale attività nonché, con periodicità annuale entro il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco aggiornato dei mezzi in dotazione e la dichiarazione del possesso dei requisiti minimi per ciascuno di essi; tali requisiti sono oggetto di verifica nell'ambito delle attività di controllo dell'ATS competente per territorio;
- b) i servizi di trasporto sanitario semplice e sanitario gestiti dalla CRI, costituita nelle forme giuridiche previste per la stessa dalla normativa vigente. Per tali servizi CRI deve comunicare all'ATS l'esercizio di tale attività, nonché, con periodicità annuale entro il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco delle sedi,

l'elenco aggiornato del personale e dei mezzi in dotazione, presentando dichiarazione del possesso dei requisiti minimi per ciascuna delle sedi, dei mezzi e dei requisiti formativi del personale, che sono oggetto di verifica nell'ambito delle attività di controllo dell'ATS competente per territorio sul quale operano i mezzi.

Tutti i veicoli devono essere utilizzati in conformità alla destinazione e all'uso riportati sulla carta di circolazione, secondo la normativa vigente ed a quanto successivamente riportato.

Il Soggetto che ha presentato la SCIA deve comunicare, tempestivamente e comunque non oltre trenta giorni, ogni variazione intervenuta relativamente alle sedi operative ed ai mezzi utilizzati e dichiarati nella SCIA (ad es. chiusura sedi, cessato utilizzo di mezzi già oggetto di SCIA per dismissione, vendita, cessione o reimmatricolazione e altro) all'ATS competente per territorio.

È fatto divieto a chiunque, ad eccezione dei soggetti esclusi dal presente provvedimento, di esercitare nel territorio della Regione Lombardia l'attività di trasporto sanitario semplice e trasporto sanitario in assenza di presentazione di SCIA, con esclusione dei trasporti effettuati in transito nella Regione Lombardia o con origine fuori Regione.

Non è consentito alle Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private intrattenere rapporti convenzionali e/o contrattuali con i Soggetti che non abbiano presentato la SCIA in un'ATS di Regione Lombardia o che non siano già stati autorizzati prima dell'adozione del presente provvedimento.

## **2.2 Trasporto sangue, plasma, emoderivati e trasporto organi, tessuti e relative équipe**

I mezzi utilizzati per i servizi di trasporto di sangue, plasma, emoderivati, organi – tessuti e relative équipe non sono sottoposti a presentazione di SCIA, fermo restando per tali mezzi l'obbligo di possedere i requisiti stabiliti dall'allegato B (*Dotazione dei mezzi utilizzabili per le attività di Trasporto Sanitario Semplice, trasporto Sanitario e Soccorso Sanitario extraospedaliero*).

Il controllo di tali mezzi è in capo:

- al Responsabile della Struttura che beneficia dell'attività di trasporto, per quanto attiene al trasporto di sangue, plasma ed emoderivati;
- ad AREU, per il trasporto di organi tessuti e relative équipe.

Inoltre:

1. per i servizi di trasporto sangue, plasma ed emoderivati devono essere

rispettate le indicazioni delle Unità Operative Immunotrasfusionali richiedenti il servizio. Durante questo trasporto l'autorizzazione all'utilizzo dei segnalatori acustici e luminosi supplementari deve essere espressamente concessa, di volta in volta, dal Servizio Immunotrasfusionale della Struttura Sanitaria richiedente e trasmessa al Soggetto che effettua il servizio;

2. per il trasporto di organi ed équipe devono essere rispettate le direttive ministeriali vigenti. In tale caso l'autorizzazione all'utilizzo dei segnalatori acustici e luminosi supplementari deve essere concessa dalla SOREU che coordina il servizio.

I veicoli devono essere utilizzati in conformità alla destinazione e all'uso riportati sulla carta di circolazione, secondo la normativa vigente ed a quanto successivamente riportato.

### **2.3 Soccorso sanitario extraospedaliero (territoriale)**

L'attività di soccorso sanitario extraospedaliero resa per conto del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) è subordinata a specifica convenzione sottoscritta con AREU cui compete il coordinamento e la direzione dell'attività di emergenza e urgenza extraospedaliera. L'atto convenzionale non è obbligatorio per il Soggetto che intende effettuare attività di soccorso sanitario extraospedaliero in occasione di eventi/manifestazioni programmate.

Per l'esercizio dell'attività di soccorso sanitario extraospedaliero resa per conto del SSR è necessario che il Soggetto sia assegnatario di una postazione di soccorso sanitario concessa da AREU e presenti o abbia presentato all'ATS territorialmente competente una SCIA per esercizio di attività di trasporto sanitario.

Per l'esercizio dell'attività di soccorso sanitario extraospedaliero resa in occasione di eventi/manifestazioni programmate, il Soggetto deve presentare all'ATS territorialmente competente una specifica SCIA che non prevede, stante l'occasionalità della stessa, l'obbligo di una sede operativa sul territorio della Regione Lombardia.

Nelle attività di soccorso sanitario extraospedaliero in occasione di eventi/manifestazioni programmate l'Organizzatore dell'evento coinvolge il Soggetto a cui intende affidare l'attività di assistenza sanitaria e fornisce all'Articolazione Aziendale Territoriale (AAT) 118 di AREU competente territorialmente le informazioni necessarie alla valutazione complessiva dell'evento. Le modalità con cui il Soggetto deve svolgere le attività di soccorso sanitario extraospedaliero in occasione di eventi/manifestazioni sono definite nelle

specifiche procedure emanate da AREU in ottemperanza a quanto sancito nella D.G.R. n. 2453 del 7/10/2014 "Recepimento dell'accordo tra Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano per l'organizzazione e l'assistenza sanitaria negli eventi e nelle manifestazioni programmate, sancito in data 5 agosto 2014 dalla Conferenza Unificata."

Il servizio di soccorso sanitario extraospedaliero reso per conto del SSR si svolge secondo le forme convenzionali di seguito esplicitate:

- forma continuativa: è quella tipologia di servizio che garantisce il soccorso sanitario in modo costante e predeterminato per tutta la durata del periodo convenzionalmente stabilito;
- forma estemporanea: è quella tipologia di servizio che riconosce l'effettuazione di interventi di soccorso attivati nell'ambito di disponibilità non continuative, a supporto e potenziamento del servizio continuativo, con impegno settimanale di durata minima preventivamente definita da AREU in occasione della procedura di assegnazione;
- forma speciale: è quella tipologia di servizio che viene attivato per le situazioni, individuate da AREU, in cui la necessità di una capillare copertura del territorio rende indispensabile la presenza di specifiche risorse afferenti ai soggetti operanti nel sistema del soccorso definite in un progetto temporaneo o sperimentale.

In caso di eventi occasionali e/o eccezionali - quali, a titolo esemplificativo, manifestazioni di massa, eventi meteorologici, stazionamento in occasione di manifestazioni programmate o particolari progetti sperimentali - è facoltà di AREU richiedere prioritariamente ai Soggetti titolari di convenzioni continuative mezzi aggiuntivi per un arco temporale minimo di 4 ore, a disponibilità esclusiva della stessa. In caso di impossibilità dei Soggetti assegnatari di convenzioni continuative, rimane facoltà di AREU richiedere tali mezzi anche ai Soggetti titolari di convenzioni estemporanee operanti nell'ambito territoriale interessato.

È demandato ad AREU di definire e opportunamente aggiornare, con apposito regolamento, le modalità operative del servizio e il rimborso economico dei costi sostenuti per l'attività resa per il SSR.

Gli interventi di soccorso sanitario extraospedaliero resi per conto del SSR in ambiente impervio o ostile montano o ipogeo, sono effettuati in collaborazione con il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (di seguito CNSAS) Lombardo attraverso uno specifico atto convenzionale tra AREU e lo stesso CNSAS.

## **2.4 Modalità di assegnazione della convenzione al Soggetto Sussidiario**

L'esperienza operativa di AREU ha confermato che, la necessità di garantire un livello qualitativamente elevato delle prestazioni offerte dal S.S.U.Em. presente in Regione Lombardia, deve essere perseguita attraverso il coordinamento di tutte le componenti che intervengono, a vario titolo, nella gestione dell'attività di trasporto e soccorso sanitario extraospedaliero, riconoscendo, nell'ottica di una reale sussidiarietà, il ruolo essenziale svolto dal volontariato che collabora nello svolgimento dei servizi territoriali di emergenza urgenza.

Al volontariato viene riconosciuto il ruolo rilevante di Soggetto in grado di:

- leggere i bisogni del territorio e di portare una propria progettualità;
- collaborare con le Aziende pubbliche nell'attuazione di attività innovative o integrative, anche nell'ambito di servizi complessi e strutturati.

I requisiti di accesso al sistema dell'emergenza urgenza sono quelli stabiliti dalla normativa vigente, a tutela dei diritti dei lavoratori che prestano la loro attività, al fine di contrastare i fenomeni del lavoro sommerso e a tutela del rispetto delle normative vigenti in materia di volontariato e di cooperazione sociale; AREU può stabilire ulteriori requisiti di ammissione al sistema di urgenza ed emergenza a garanzia della qualità delle prestazioni da erogare.

L'assegnazione dei servizi di soccorso resi per conto del SSR nelle aree territoriali di intervento, per lo svolgimento del servizio di soccorso sanitario extraospedaliero in forma continuativa, viene effettuata mediante selezione riservata agli Enti pubblici che istituzionalmente possono effettuare il servizio di soccorso sanitario extraospedaliero, alle Associazioni di Volontariato, alle Cooperative Sociali ed alla CRI costituita secondo le forme giuridiche previste per la stessa dalla normativa vigente.

Possono altresì partecipare alla selezione:

- Compartecipazioni fra due o più dei soggetti sopra indicati anche in forma associata, ove la collaborazione preveda la presentazione di un progetto organizzativo da cui si desuma:
  - la garanzia del servizio con corresponsabilità solidale dei soggetti sulla copertura del servizio;
  - il regime di dipendenza o indipendenza amministrativa dei soggetti compartecipanti.

Nel caso in cui, esperite le procedure sopra indicate, non siano stati assegnati alcuni servizi di soccorso, sarà possibile affidare l'attività di soccorso sanitario extraospedaliero a Soggetti terzi, anche in compartecipazione a quelli già

convenzionati, a seguito di procedure ad evidenza pubblica e garantendo in ogni caso adeguati livelli di qualità del servizio.

Le procedure selettive e quelle di valutazione comparativa sono precedute dalla pubblicazione di apposito avviso da diffondere attraverso i mezzi di comunicazione ritenuti idonei. Si intendono sufficienti al fine della diffusione la pubblicazione sul BURL regionale e sul portale web istituzionale; sarà possibile, eventualmente, avvalersi di piattaforme informatiche di mediazione.

L'assegnazione del servizio di soccorso sanitario extraospedaliero in forma estemporanea viene effettuata mediante procedura di affidamento alle Associazioni di Volontariato, alle Cooperative Sociali e alla CRI, costituita secondo le forme giuridiche previste per la stessa dalla normativa vigente, in possesso dei requisiti prescritti dalla normativa e regolamenti in essere.

I Soggetti risultati assegnatari dei servizi di soccorso sanitario extraospedaliero stipulano una convenzione con AREU e le singole Aziende/IRCCS pubblici sede di AAT 118, per un periodo di almeno tre anni, definito da AREU in sede di avvio della procedura di assegnazione diretta e selezione, eventualmente rinnovabile una sola volta per un periodo di pari durata.

In relazione alle convenzioni così assegnate AREU provvede, anche per il tramite delle proprie AAT 118, al controllo della corretta esecuzione del servizio e del mantenimento dei requisiti previsti dalla procedura di selezione e dalla normativa vigente e regolamentare di riferimento. Qualora nel corso dei suddetti controlli dovessero essere rilevate inadempienze (a titolo esemplificativo: carenza di requisiti organizzativi e/o strutturali fondamentali per la sicurezza e la salute dei pazienti), AREU è tenuta, oltre a dare applicazione a quanto previsto nello specifico contratto, a darne comunicazione all'ATS che dovrà adottare i provvedimenti di competenza e comminare le previste sanzioni sulla base delle motivazioni addotte da AREU.

AREU provvederà alla regolamentazione delle competenze convenzionali e contrattuali, in relazione ai rapporti con le Aziende/IRCCS pubblici regolati dalla DGR n. IX/3591/2012 "Determinazioni in ordine alla stipula di convenzioni tra l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le Aziende Sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera" previo parere positivo delle stesse ed in relazione alle eventuali nuove definizioni delle voci di costo.

### **3. Modalità di presentazione della SCIA**

#### **3.1. Contenuto della SCIA**



La SCIA deve contenere:

- la denominazione e natura giuridica del soggetto richiedente;
- le generalità del legale rappresentante;
- l'ubicazione della sede legale e delle sedi operative comprendente il recapito telefonico della sede operativa, l'indirizzo di posta elettronica e l'eventuale numero di telefax;
- il codice fiscale e/o partita IVA, iscrizione Registro delle Imprese, laddove prevista;
- l'eventuale Organismo Associativo di appartenenza;
- l'eventuale Centro di Formazione Riconosciuto o Accreditato (CeFRA) di riferimento;
- l'orario di normale attività per ciascuna sede operativa;
- il luogo di conservazione delle cartelle individuali del personale;
- le generalità del Direttore Sanitario;
- le generalità del Responsabile della Sicurezza ove previsto dalla normativa vigente (D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.).

La SCIA deve essere corredata inoltre delle seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà, rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e della seguente documentazione:

- 1.1. nel caso di Organizzazioni di Volontariato la dichiarazione riportante gli estremi del decreto di iscrizione al Registro Regionale del Volontariato – Sezione Regionale o Provinciale, con autocertificazione attestante la presenza tra gli scopi statutari del trasporto sanitario e/o, del trasporto sanitario semplice;
  - 1.2. nel caso di Cooperativa Sociale la dichiarazione riportante gli estremi del decreto della Giunta Regionale di iscrizione nell'albo Regionale delle Cooperative Sociali ai sensi della Legge Regionale 1 giugno 1993 n° 16 e dichiarazione inerente l'avvenuta revisione o la richiesta di revisione prevista dalla normativa vigente per le Cooperative Sociali;
  - 1.3. nel caso di Impresa individuale o gestita in forma societaria la dichiarazione riportante gli estremi dell'atto costitutivo e dell'iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (REA);
2. elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal legale rappresentante dell'attività, comprendenti:
    - planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede

operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza;

- sezioni longitudinali e trasversali quotate;

3. dichiarazione sostitutiva di conformità del progetto alle vigenti leggi in materia di sicurezza;

4. la dichiarazione sostitutiva nella quale il Legale Rappresentante del soggetto richiedente dichiara:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa. In caso contrario il richiedente dovrà indicare la situazione in cui si trova ed esplicitare la natura dei provvedimenti;
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico o l'elencazione di quelli di cui è a conoscenza;
- di essere iscritto al registro delle imprese (nel caso di impresa);
- di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento o insolvenza e di non aver presentato domanda di concordato (nel caso di impresa);
- di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo;
- di essere in possesso di attestato di formazione di tutto il personale operativo per lo svolgimento delle attività per cui presenta la SCIA;
- di essere in possesso delle polizze assicurative per i rischi derivanti da:
  - responsabilità civile per danni a terzi, 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;
- l'iscrizione alle assicurazioni sociali del personale a rapporto d'impiego;
- che il personale, ad eccezione di quello volontario e dei giovani 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 e conseguentemente non vi è alcun ricorso a forme di collaborazioni irregolari;
- l'avvenuta iscrizione all'anagrafe unica istituita presso la direzione Regionale delle Entrate del Ministero delle Finanze, qualora il soggetto richiedente sia una ONLUS di opzione;
- 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".

5. la dichiarazione sostitutiva nella quale il Direttore Sanitario dichiara di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici;
6. la dichiarazione sostitutiva del Direttore Sanitario di accettazione dell'incarico e di assunzione delle seguenti funzioni di vigilanza e controllo relativamente a:
  - accertamento biennale (annuale solo dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età) della idoneità psicofisica degli addetti. 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.
7. l'elenco nominativo, comprensivo del luogo e della data di nascita, degli addetti suddivisi secondo:
  - il loro inquadramento: volontari (per le Organizzazioni di Volontariato e, qualora presenti, per le Cooperative Sociali), personale dipendente, giovani in servizio civile, altro;
  - le mansioni loro assegnate: soccorritori, autisti soccorritori, autisti, assistenti accompagnatori, personale amministrativo, centralinisti;
  - le tipologie di certificazioni abilitanti all'esercizio dell'attività per la quale è presentata la SCIA, complete di indicazione dell'Ente certificatore e del numero di registrazione.  
Il Soggetto richiedente può avvalersi di personale con differenti certificazioni, purché ciascun servizio sia effettuato da operatori in possesso del requisito minimo previsto per ciascuna tipologia di trasporto. La certificazione di livello superiore consente lo svolgimento delle attività che prevedono percorsi formativi di minor durata;
8. la dichiarazione sostitutiva circa la gratuità del servizio prestato, rilasciata da ciascun volontario;
9. l'elenco degli autoveicoli adibiti al trasporto sanitario semplice e sanitario con l'indicazione del tipo, modello e caratteristiche tecniche secondo la

classificazione prevista dalla vigente normativa in materia, numero di targa, anno di immatricolazione, chilometri percorsi, e dichiarazione sostitutiva circa il possesso dei requisiti richiesti per l'attività per la quale è presentata la SCIA;

10. l'elenco delle apparecchiature elettromedicali eventualmente possedute a qualsiasi titolo dal soggetto che presenta la SCIA, con l'indicazione del nominativo di un ingegnere clinico responsabile della manutenzione ordinaria nel rispetto della normativa vigente o dichiarazione sostitutiva di avvenuta stipula del contratto di assistenza manutentiva.

Tutte le predette dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà, rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, devono essere corredate di 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.

La documentazione atta a comprovare quanto autocertificato in SCIA deve essere disponibile presso ciascuna sede operativa per le verifiche.

### **3.2 CONTROLLI**

L'ATS esercita il controllo sull'intero sistema dei trasporti sanitari semplici e sanitari.

L'esercizio delle attività di controllo sulle sedi operative è in capo all'ATS nel cui territorio è ubicata la sede operativa, mentre la vigilanza sui mezzi in transito e relativi equipaggi può essere esercitata indifferentemente da qualunque ATS della Regione Lombardia nell'ambito della propria competenza territoriale.

Eventuali provvedimenti adottati a seguito dei controlli sui mezzi in transito e relativi equipaggi dovranno essere comunicati all'ATS nel cui territorio è ubicata la sede operativa al fine della verifica sulla ottemperanza ai provvedimenti medesimi.

L'ATS, fatta salva l'attività di verifica sulla presentazione delle nuove SCIA ai sensi dell'art. 19 della L. n. 241/1990, pianifica l'attività di controllo sui trasporti sanitari semplici e sanitari nell'ambito dei programmi integrati annuali di controllo, secondo i criteri di priorità sulla base della graduazione del rischio, garantendo nell'arco di un triennio la verifica di tutti i soggetti operanti.

I controlli sono svolti, preferibilmente senza comunicazione preventiva, nei luoghi di attività tipici del trasporto (punti di stazionamento esterni, centri dialisi, presidi ospedalieri, altri luoghi indicati nella SCIA e mezzi in itinere) e sono finalizzati all'accertamento della sussistenza e del mantenimento dei requisiti autorizzativi strutturali, tecnici, formativi, organizzativi e documentali autocertificati nella SCIA.

In sede di verifica presso la sede operativa, l'ATS accerta la presenza dei

documenti probatori dell'avvenuta revisione ministeriale dei mezzi di trasporto sanitario e trasporto sanitario semplice in uso.

Al termine di tutte le operazioni di verifica viene redatto il verbale di controllo rilasciato in copia al Legale Rappresentante, a un suo delegato, ovvero all'operatore presente.

L'ATS svolge attività di controllo in merito alle quote massime di rimborso per le attività di trasporto sanitario e sanitario semplice versate direttamente dai cittadini ai Soggetti interessati, ivi compresa la CRI costituita nelle forme giuridiche previste per la stessa dalla normativa vigente, nonché sulle tariffe di rimborso delle spese di trasporto dei soggetti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico, secondo le disposizioni regionali vigenti.

L'ATS può inoltre definire protocolli di collaborazione con altri enti deputati istituzionalmente ai controlli, al fine di estendere l'attività anche a tematiche extra sanitarie, comunque rilevanti per la sicurezza dei trasportatori/trasportati e per la trasparenza amministrativa dei Soggetti autorizzati.

L'attività di vigilanza è inoltre esercitata da AREU, per quanto di competenza, per i servizi di trasporto gestiti e coordinati e dalle Strutture Sanitarie titolari di contratti e/o convenzioni per il servizio di trasporto sanitario.

Qualora nel corso dei controlli di propria competenza dovessero essere rilevate inadempienze (a titolo esemplificativo: carenza di requisiti organizzativi e/o strutturali fondamentali per la sicurezza e la salute dei pazienti), AREU e le Strutture Sanitarie sono tenute a darne comunicazione all'ATS nel cui territorio è ubicata la sede operativa del Soggetto interessato per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

Nelle more di un successivo inserimento di indicatori specifici relativi a queste aree all'interno del panel di indicatori relativi alla valutazione delle performances dell'area prevenzione, si prevede che entro il 28 febbraio l'ATS inoltri alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia una relazione sintetica riguardante l'attività di controllo svolta nell'anno precedente, con particolare riferimento ai seguenti elementi:

- numero strutture presenti sul territorio di riferimento;
- numero strutture controllate nell'anno di riferimento;
- esiti dei controlli effettuati (favorevoli e non favorevoli);
- esiti delle azioni messe in atto a seguito dei controlli non favorevoli.

Tale relazione deve contenere i necessari elementi sui controlli effettuati direttamente dalle Strutture Sanitarie e dall'AREU che devono, quindi, fornire all'ATS entro il 31 gennaio le informazioni sull'attività svolta nell'anno precedente.

### **3.3 SANZIONI**

L'accertamento della mancata presentazione della SCIA comporta, oltre all'applicazione di una sanzione da euro 15.000 a euro 150.000, così come previsto

dall'art. 27 *quinquies* L.R. n. 33/09, aggiunto dall'art. 1, comma 1, lettera ii) L.R. n. 23/15, il divieto di prosecuzione dell'attività.

L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento di uno o più requisiti autorizzativi comporta il divieto di prosecuzione dell'attività per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta, determinato secondo principi di gradualità.

Ciò, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi in seguito ai predetti provvedimenti di sospensione, comporta il divieto di prosecuzione dell'attività.

A mero titolo indicativo, rientra in tale previsione la mancata esposizione del tariffario all'interno del mezzo.

La non ottemperanza del rispetto delle quote di rimborso massimo dovute dai cittadini comporta la diffida e la contestuale sospensione dell'attività per un periodo di sette giorni.

L'accertamento di una mancanza di requisiti autorizzativi, tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi, con contestuale e immediato divieto di prosecuzione dell'attività per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta.

A mero titolo indicativo, rientrano in tale previsione:

- l'assenza dei previsti accertamenti psicofisici di una o più unità del personale dipendente e volontario;
- la mancanza di requisiti relativi alla formazione di una o più unità del personale dipendente e volontario;
- la mancanza delle polizze assicurative a copertura di terzi e del personale dipendente e volontario.

Le violazioni delle disposizioni sopra richiamate, contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comportano la diffida ad ottemperare con contestuale e immediato divieto di continuare ad esercitare l'attività.

L'ATS dà comunicazione dell'adozione dei provvedimenti di sospensione e/o divieto di prosecuzione dell'attività all'interessato, alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia, all'AREU, alle Strutture Sanitarie pubbliche del territorio di riferimento, all'Autorità Comunale e alle altre ATS, affinché lo diffondano a tutte le strutture di interesse, aggiornando contestualmente l'elenco dei soggetti autorizzati.

I provvedimenti di divieto di prosecuzione dell'attività sono altresì comunicati:

- alla Regione Lombardia, Direzione Generale Sviluppo Economico, laddove si tratti di Cooperativa Sociale;
- alla Regione Lombardia, Direzione Generale Reddito di autonomia e Inclusione sociale, laddove si tratti di Organizzazioni di Volontariato;
- all'anagrafe unica istituita presso la Direzione Regionale delle Entrate del Ministero dell'Economia e delle Finanze, nel caso il soggetto autorizzato sia una ONLUS di opzione;
- al Registro delle Imprese, nel caso di Impresa.

In casi di particolare criticità e complessità che possono avere una ripercussione sul sistema regionale dei trasporti sanitari, l'ATS territorialmente competente, dandone comunicazione alla Direzione Generale Welfare e su indicazione di quest'ultima, può provvedere a coinvolgere nei controlli oltre alle altre ATS, Enti di controllo municipale e statale, altri enti istituzionalmente coinvolti, per gli approfondimenti del caso e al fine di condividere iniziative integrate di intervento.

Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, l'inosservanza delle disposizioni relative ai requisiti richiesti comporta inoltre l'applicazione delle sanzioni previste dalle normative regionali o nazionali vigenti.

### **3.4 MANTENIMENTO DEI REQUISITI**

Il Soggetto che ha presentato la SCIA è tenuto a:

- a. mantenere costantemente aggiornato l'elenco degli operatori di cui al paragrafo 3.1 punto 7 "Contenuto della SCIA", comunicando all'ATS territorialmente competente cui ha presentato la SCIA l'elenco aggiornato di tutto il personale dipendente e volontario, con evidenza di quello di nuovo inserimento e cessato, con cadenza semestrale (entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno);
- b. comunicare all'ATS territorialmente competente cui ha presentato la SCIA, entro 30 giorni, ogni variazione relativamente al contenuto della SCIA presentata, per ogni informazione diversa rispetto all'elenco degli operatori di cui al punto precedente;
- c. mantenere la copertura assicurativa delle polizze stipulate, sia per la responsabilità civile per danni a terzi, compresi i trasportati, derivanti dalla circolazione degli autoveicoli e dallo svolgimento dell'attività di trasporto sanitario semplice e sanitario, sia per gli infortuni e le malattie contratte per cause di servizio del personale addetto all'attività di trasporto sanitario semplice e sanitario;
- d. comunicare preventivamente all'ATS territorialmente competente cui ha

presentato la SCIA eventuali sospensioni di attività;

- e. mantenere costantemente aggiornata la cartella personale di ciascun operatore addetto, in particolare la relativa scheda sanitaria e gli attestati dei percorsi formativi. La cartella personale deve essere conservata presso ciascuna sede operativa o almeno presso la sede regionale autorizzata, e deve essere a disposizione per le verifiche dell'ATS, verifiche che comunque dovranno avvenire nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di riservatezza dei dati personali;
- f. garantire la perfetta efficienza dei mezzi;
- g. esporre in modo visibile su ogni autoambulanza, all'interno del vano sanitario e in posizione facilmente leggibile dagli utenti, la tabella relativa alle quote massime di rimborso recante gli estremi del provvedimento regionale di approvazione vigente;
- h. mantenere aggiornato l'elenco delle apparecchiature elettromedicali possedute a qualsiasi titolo, la documentazione attestante l'avvenuta manutenzione ordinaria o straordinaria in conformità a quanto stabilito dalla normativa vigente;
- i. autocertificare annualmente, nei modi previsti dal D.P.R. n. 445/2000, l'impiego esclusivo di personale Volontario, giovani del servizio civile o personale dipendente e/o assimilato;
- j. mantenere periodicamente aggiornato, con cadenza semestrale (entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno), l'elenco dei mezzi dichiarati, attraverso l'impiego della medesima modulistica presente nella SCIA, comunicando i dati richiesti (telaio, targa, chilometri percorsi, ect.) all'ATS territorialmente competente.

La predetta documentazione deve essere disponibile presso ciascuna sede operativa, per le verifiche, salvo quanto precedentemente detto in materia di schede personali.

#### **4. PERCORSI FORMATIVI**

L'organizzazione dell'attività formativa degli operatori addetti al "Trasporto Sanitario Semplice" ed al "Trasporto Sanitario", la relativa verifica delle competenze acquisite e la modalità di espletamento dell'esame di certificazione, sono svolte da AREU direttamente o avvalendosi dei CeFRA afferenti alle Associazioni di Volontariato, d'intesa con la Direzione Generale Welfare.

Il Soggetto che intende esercitare l'attività di "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario" deve richiedere ad AREU direttamente o, ove esistente, al CeFRA di riferimento, l'iscrizione al percorso formativo previsto del proprio personale, volontario, dipendente e assimilato.



La responsabilità del corretto svolgimento dell'intero percorso formativo previsto dal presente atto per lo svolgimento dell'attività di "Soccorso Sanitario" è di competenza di AREU. L'organizzazione di tale attività formativa, oltre che direttamente da AREU, può essere svolta dai CeFRA, secondo il programma, seguendo il metodo e la validazione definite da AREU stessa. Detti corsi saranno finanziati con oneri economici a carico dei partecipanti.

La verifica delle competenze acquisite e la modalità di espletamento dell'esame di certificazione per l'acquisizione della qualifica di "Soccorritore-Esecutore" sono regolamentate da AREU, con specifico documento che dovrà essere redatto entro 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento deliberativo.

Il percorso formativo effettuato al di fuori del territorio regionale lombardo deve essere certificato dall'Ente/Istituzione riconosciuto/a dalla Regione stessa di provenienza.

AREU potrà richiedere un'integrazione al percorso formativo per un adeguamento al contesto regionale lombardo, ai fini della gestione del servizio e non per la partecipazione alle gare.

**ALLEGATO A1**  
**REQUISITI TECNICO ORGANIZZATIVI PER LO SVOLGIMENTO  
DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE**

## **1 PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE**

### **PREMESSA**

I soggetti che hanno presentato la SCIA esclusivamente per il servizio di trasporto sanitario semplice non possono svolgere né il trasporto sanitario né il soccorso sanitario extraospedaliero.

Nel caso di coinvolgimento in situazioni di emergenza urgenza sanitaria (es. incidente stradale) i soggetti che svolgono il trasporto sanitario semplice sono tenuti a contattare immediatamente il NUE "112" e ad attenersi rigorosamente alle indicazioni ricevute.

### **REQUISITI**

Il personale addetto al trasporto sanitario semplice, indipendentemente dal tipo di rapporto in essere (volontario, dipendente o assimilato e volontari del servizio civile), deve:

- aver compiuto la maggiore età e non aver superato i limiti di età per l'autista e l'accompagnatore indicati nel paragrafo successivo;
- avere buona conoscenza della lingua italiana;
- sostenere e superare il percorso formativo previsto.

Il personale impiegato può svolgere due tipologie di mansioni: **autista e accompagnatore.**

A seconda del mezzo utilizzato tale personale deve possedere i seguenti requisiti:

#### **In caso di utilizzo di autovettura e furgone finestrato:**

##### **Autista:**

- a) requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di guida degli autoveicoli;
- b) possesso della certificazione rilasciata dall'Ente regionale preposto, direttamente o tramite CeFRA, a seguito del superamento del percorso formativo previsto nell'allegato A4.1 (Percorsi formativi);
- c) conoscenza della viabilità e dell'area geografica di attività;
- d) competenza nell'utilizzo dei sistemi di navigazione satellitare terrestre e di radio tele comunicazione;
- e) aver compiuto la maggiore età **e non aver compiuto il settantaseiesimo anno di età.**

**Accompagnatore:**

- a) possesso della certificazione regionale rilasciata a seguito del superamento del percorso formativo previsto nell'Allegato A4.1 (Percorsi formativi);
- b) aver compiuto la maggiore età **e non aver compiuto il settantaseiesimo anno** di età.

**In caso di utilizzo di Autoambulanza:**

**Autista:**

- a) requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di guida degli autoveicoli;
- b) possesso della certificazione rilasciata dall'Ente regionale preposto, direttamente o tramite CeFRA, a seguito del superamento del percorso formativo previsto nell'allegato A4.1 (Percorsi formativi);
- c) aver compiuto la maggiore età **e non aver compiuto il settantunesimo anno** di età.
- d) possesso di una funzione visiva e uditiva pari a quella prevista per la patente posseduta e possesso dei requisiti psichici e fisici;
- e) conoscenza della viabilità e dell'area geografica di attività;
- f) conoscenza nell'utilizzo dei sistemi di navigazione satellitare terrestre e di radio tele comunicazione.

**Accompagnatore:**

- a) possesso della certificazione regionale rilasciata a seguito del superamento del percorso formativo previsto nell'allegato A4.1 (Percorsi formativi);
- b) aver compiuto la maggiore età **e non aver compiuto il settantaseiesimo anno** di età.

L'attività di trasporto sanitario semplice può essere svolta anche da personale certificato per il trasporto sanitario o da personale con qualifica di Soccorritore-Esecutore.

## **2 MEZZI IMPIEGATI PER IL TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE**

### **Mezzi impiegati**

Per il Trasporto Sanitario Semplice è consentito l'impiego delle seguenti tipologie di autoveicoli:

- Autovetture;
- Furgoni finestrati per trasporto persone;
- Autoambulanze.

I veicoli devono essere utilizzati in conformità alla destinazione e all'uso riportata sulla carta di circolazione e secondo la normativa vigente ed a quanto successivamente riportato.

Non possono essere utilizzati autoveicoli intestati a soggetti diversi dal soggetto che ha presentato la SCIA, salvo quelli in comodato d'uso o affidati esclusivamente al soggetto tramite leasing, in regola con quanto disposto dal Codice della Strada in materia di annotazione sulla carta di circolazione dei dati inerenti l'effettivo utilizzatore dell'autoveicolo.

### **Caratteristiche dei veicoli**

I requisiti e le dotazioni sanitarie/tecniche dei mezzi impiegati nell'attività di trasporto sanitario semplice sono riportati nello specificato allegato B (*Dotazione dei mezzi utilizzabili per le attività di Trasporto Sanitario Semplice, trasporto Sanitario e Soccorso Sanitario extraospedaliero*).

Nel caso in cui sia previsto il trasporto di persone non autosufficienti con carrozzina, il veicolo deve essere provvisto di:

- pedana idraulica o sistema similare per il caricamento della carrozzina;
- adeguati sistemi di ancoraggio al pianale e al paziente.

## **3 SEDE OPERATIVA TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE**

I requisiti minimi per le sedi dei Soggetti che forniscono servizio di trasporto sanitario semplice sono i seguenti:

- uno spazio ad uso ufficio;
- presenza di spazi/armadi per la conservazione del materiale e delle attrezzature per l'esercizio dell'attività;

- estintori nella tipologia e nel numero indicati nel Documento di Valutazione dei Rischi ove previsto dalla normativa vigente;
- luogo idoneo al deposito delle bombole di ossigeno nel rispetto della normativa vigente, per i soggetti autorizzati all'utilizzo di autoambulanze;
- servizi igienici in numero adeguato secondo le disposizioni del D.Lgs. n. 81/08;
- almeno una doccia nelle sedi in cui vengono impiegate autoambulanze;
- uno spogliatoio con superficie di almeno 1 mq per ogni operatore presente contemporaneamente e comunque non inferiore a 3 mq;
- area di stazionamento dei mezzi in adiacenza alla sede operativa e con presenza di idonei spazi/ strutture per il ricovero, la pulizia e la sanificazione dei mezzi. Il ricovero dei mezzi deve avvenire in maniera tale da garantire adeguata protezione dalle intemperie e devono inoltre essere ben individuati percorsi di manovra in sicurezza degli stessi.

#### **4 DISPOSIZIONI ORGANIZZATIVE / OPERATIVE MINIME TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE**

Personale minimo necessario per i vari tipi di trasporto:

- Autovetture: minimo un autista coadiuvato, ove esplicitamente previsto dal Servizio che lo richiede, da accompagnatore.
- Furgoni finestrati: minimo un autista coadiuvato, ove esplicitamente previsto dal Servizio che lo richiede, da accompagnatore;
- Ambulanze: due unità (uno con funzioni di guida e uno di accompagnamento).

In ambulanza, di norma è previsto il trasporto di un singolo utente per ogni viaggio; in nessun caso l'ambulanza può trasportare oltre due utenti.

Su autovetture e furgoni finestrati è consentito il trasporto di più utenti purché nel rispetto di quanto indicato nella carta di circolazione dell'autoveicolo, dalle convenzioni, dal comfort e dalla normativa vigente in materia di privacy (D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.).

Durante l'espletamento del servizio di trasporto sanitario semplice è fatto divieto di:

- trasportare contestualmente materiale biologico (sangue, plasma, ecc.);
- utilizzare i dispositivi acustici e visivi supplementari di segnalazione, salvo su eventuale autorizzazione della Sala Operativa Emergenza Urgenza 118;
- svolgere a qualunque titolo attività di soccorso sanitario extraospedaliero.

E' fatto altresì divieto, a tutto il personale, prima e durante il trasporto di:

- fumare;

- assumere qualunque bevanda alcolica e/o farmaci o altre sostanze che possano alterare lo stato psicofisico.

Ogni veicolo deve avere a bordo la scheda di servizio con indicati gli estremi del trasporto in corso.

È inoltre obbligatoria l'adozione di un sistema di registrazione (cartaceo o informatico) che permetta di conoscere per ogni automezzo e per ogni servizio svolto la località, l'indirizzo, l'ora di partenza e di arrivo del mezzo, nonché il nominativo dell'equipaggio (autista e accompagnatore) e del/i trasportato/i e l'eventuale rimborso percepito.

Le autoambulanze utilizzate per il servizio di trasporto sanitario semplice devono esporre all'interno del vano sanitario in modo visibile all'utente, la tabella delle quote massime di rimborsi tariffari approvate dalla Regione.

**ALLEGATO A2**  
**REQUISITI TECNICO ORGANIZZATIVI PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO DI  
TRASPORTO SANITARIO**

**1 PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO**

**PREMESSA**

I requisiti definiti nel presente capitolo sono validi esclusivamente per i soggetti che intendono gestire il servizio di trasporto sanitario.

I soggetti che hanno presentato la SCIA solo per il servizio di trasporto sanitario possono svolgere il servizio di trasporto sanitario semplice, ma non l'attività di soccorso sanitario extraospedaliero.

**REQUISITI**

Le funzioni definite in questo capitolo si riferiscono al personale addetto al trasporto sanitario. Qualora il paziente trasportato abbia condizioni e patologie tali che necessitino di specifiche competenze clinico assistenziali, queste devono essere definite e garantite dalla struttura sanitaria a cui il paziente è affidato.

Il personale addetto al trasporto sanitario, indipendentemente dal tipo di rapporto (volontario, dipendente o assimilato e volontario del servizio civile), deve:

- aver compiuto la maggiore età e non aver superato i limiti di età per l'autista e l'accompagnatore indicati nel paragrafo successivo;
- avere buona conoscenza della lingua italiana;
- sostenere e superare il percorso formativo previsto all'allegato A4.2 (Percorsi formativi).

Il personale impiegato può svolgere due tipologie di mansioni: **autista** e **assistente** con i seguenti requisiti:

**Autista:**

- a) requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di guida degli autoveicoli;
- b) possesso della certificazione rilasciata dall'Ente regionale preposto, direttamente o tramite CeFRA, a seguito del superamento del percorso formativo previsto nell'allegato A4.2 (Percorsi formativi);
- c) aver compiuto la maggiore età e **non aver compiuto il settantunesimo anno**

- di età;
- d) la valutazione di idoneità specifica alla mansione attestata dal Direttore Sanitario;
  - e) conoscenza della viabilità e dell'area geografica di attività;
  - f) conoscenza nell'utilizzo dei sistemi di navigazione satellitare terrestre e di radio tele comunicazione.

**Assistente:**

- a) possesso dell'apposita certificazione regionale rilasciata a seguito del superamento del percorso formativo previsto nell'allegato A4.2;
- b) aver compiuto la maggiore età **e non aver compiuto il settantaseiesimo anno di età.**

L'attività di trasporto sanitario può essere svolta anche da personale certificato con qualifica di Soccorritore-Esecutore.

Il personale certificato per l'attività di trasporto sanitario può svolgere l'attività di trasporto sanitario semplice.

**2 MEZZI IMPIEGATI PER IL TRASPORTO SANITARIO**

Per il Trasporto Sanitario è consentito l'impiego di Autoambulanze immatricolate ai sensi del D.M. n. 553 del 17.12.1987, del D.M n. 487 del 20.11.1997 o della norma europea UNI EN 1789:2010.

**CARATTERISTICHE DEI VEICOLI**

I requisiti e le dotazioni sanitarie/tecniche dei mezzi impiegati nell'attività di trasporto sanitario sono riportati nello specificato allegato B (*Dotazione dei mezzi utilizzabili per le attività di Trasporto Sanitario Semplice, trasporto Sanitario e Soccorso Sanitario extraospedaliero*).

Qualora il paziente trasportato abbia condizioni e patologie tali che necessitino di ulteriori specifici dispositivi di protezione individuale, gli stessi devono essere definite e garantite dalla struttura sanitaria a cui il paziente è affidato.

Nel caso di trasporti con esigenze specifiche (es. trasporto neonatale, trasporto di paziente con supporto intensivo, trasporto ECMO, ecc.) è obbligatorio l'utilizzo di Ambulanze di Tipo A e A1, aventi i requisiti minimi previsti nella colonna "trasporto sanitario avanzato ambulanza" dell'allegato B (*Dotazione dei mezzi utilizzabili per le attività di Trasporto Sanitario Semplice, trasporto Sanitario e Soccorso Sanitario*



extraospedaliero).

Qualora il trasporto sia gestito o coordinato direttamente dalla Sala Operativa Emergenza Urgenza 118, è consentito l'utilizzo di mezzi di soccorso.

Le autoambulanze con le caratteristiche di "Unità Mobili di Terapia Intensiva" di nuova immatricolazione non dovranno avere riportato tale o analoga denominazione all'esterno del mezzo.

### **3 SEDE OPERATIVA TRASPORTO SANITARIO**

I requisiti minimi per le sedi dei soggetti che forniscono servizio di trasporto sanitario sono i seguenti:

- locale destinato alla sosta/riposo dell'equipaggio;
- locale o spazio ristoro, in funzione del numero di operatori presenti contemporaneamente, la cui gestione risponda a condizioni di sicurezza alimentare
- un locale adibito a uso ufficio, comprensivo di eventuale spazio per archivio documentazione con una superficie minima pari a 9 mq
- locale dotato di armadi separati per il deposito del materiale sporco e pulito, che garantiscano idonei flussi gestionali pulito-sporco, e per la conservazione del materiale e delle attrezzature per l'esercizio dell'attività;
- estintori nella tipologia e nel numero indicati nel Documento di Valutazione dei Rischi ove previsto dalla normativa vigente;
- luogo idoneo al deposito delle bombole di ossigeno nel rispetto della normativa vigente;
- servizi igienici del personale con docce in numero adeguato secondo le disposizioni del D.Lgs. n. 81/08;
- uno spogliatoio con superficie di almeno 1 mq per ogni operatore presente contemporaneamente e comunque non inferiore a 3 mq.;
- area di stazionamento dei mezzi in adiacenza alla sede operativa e con presenza di idonei spazi/ strutture per il ricovero, la pulizia e la sanificazione dei mezzi. Il ricovero dei mezzi deve avvenire in maniera da garantire adeguata protezione dalle intemperie ed inoltre devono essere ben individuati percorsi di manovra in sicurezza degli stessi.

Inoltre, per i servizi attivi nelle 24 ore:

- locale per lo stazionamento notturno dell'equipaggio di adeguate dimensioni e dotato di idonea aeroilluminazione.

#### **4 DISPOSIZIONI ORGANIZZATIVE / OPERATIVE MINIME TRASPORTO SANITARIO**

Sulle autoambulanze sono previste almeno due unità, una con funzioni di guida e una con funzioni di assistenza entrambi in possesso della formazione specifica. L'eventuale assistenza clinico sanitaria deve essere garantita da personale sanitario messo a disposizione dalla Struttura Sanitaria a cui il paziente è affidato. Di norma è previsto il trasporto di un singolo paziente per ogni viaggio.

E' consentito, su esplicita richiesta della Struttura Sanitaria committente, il trasporto contestuale di più pazienti. Il trasporto dei famigliari del paziente è consentito. Entrambe le situazioni di cui sopra sono consentite nel rispetto di quanto stabilito dalla carta di circolazione del autoveicolo, dalle convenzioni, dal comfort e dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.).

Durante l'espletamento del servizio di trasporto sanitario è fatto divieto di:

- trasportare contestualmente materiale biologico (sangue, plasma, ecc.);
- svolgere a qualunque titolo attività di soccorso sanitario extraospedaliero autonomamente;

E' fatto altresì divieto, a tutto il personale, prima e durante il trasporto di:

- fumare;
- assumere qualunque bevanda alcolica e/o farmaci o altre sostanze che possano alterare lo stato psicofisico.

L'utilizzo dei dispositivi acustici e visivi supplementari di segnalazione è consentito solo ed esclusivamente nei casi in cui sia esplicitamente richiesto formalmente dal personale sanitario che assiste il paziente trasportato, nel rispetto dei criteri formalmente approvati dalla Direzione Sanitaria della struttura richiedente il servizio o dalla Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza 118.

Ogni veicolo deve avere a bordo la scheda di servizio con indicati gli estremi del trasporto in corso.

E' inoltre obbligatoria l'adozione di un sistema di registrazione (cartaceo o informatico) che permetta di conoscere per ogni automezzo e per ogni servizio svolto la località, l'indirizzo, l'ora di partenza e di arrivo del mezzo, nonché il nominativo del conducente e del/i trasportato/i e l'eventuale rimborso percepito.

In caso di emergenza sui pazienti trasportati, in assenza di personale sanitario a bordo, il personale dell'equipaggio deve contattare immediatamente la Centrale Operativa Emergenza Urgenza 118, anche per il tramite della propria sede operativa e iniziare le prime manovre di primo soccorso e attenersi

rigorosamente alle indicazioni ricevute dall'operatore di SOREU.

Nel caso di coinvolgimento in situazioni di emergenza urgenza sanitaria (es. incidente stradale) contattare immediatamente il servizio "118" e attenersi rigorosamente alle indicazioni ricevute.

**ALLEGATO A3**  
**REQUISITI TECNICO ORGANIZZATIVI PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO DI  
SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO**

## **1 PERSONALE**

Il personale addetto al soccorso sanitario extraospedaliero, indipendentemente dal tipo di rapporto in essere (volontario, dipendente o assimilato e volontari del servizio civile), deve:

- aver compiuto la maggiore età e **non aver compiuto il settantunesimo anno** di età;
- avere buona conoscenza della lingua italiana;
- essere in possesso della certificazione regionale di "*soccorritore esecutore*", rilasciata in Regione Lombardia.

Il personale impiegato può svolgere due tipologie di mansioni: autista soccorritore e soccorritore.

L'autista soccorritore per lo svolgimento di tale attività deve inoltre possedere:

- i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di guida degli autoveicoli di emergenza (D.Lgs. 285/1992 e s.m.i.);
- i restanti requisiti stabiliti da specifico regolamento adottato da AREU (DOC 39 Formazione Autista Soccorritore Rev0 del 01-09-2011 e s.m.i.).

## **2 MEZZI IMPIEGATI**

I requisiti e le dotazioni sanitarie/tecniche dei mezzi impiegati nell'attività di soccorso sanitario extraospedaliero sono riportati nello specificato allegato.

## **3 SEDE OPERATIVA**

Le sedi operative dei Soggetti che intendono effettuare l'attività di soccorso sanitario devono rispettare i requisiti minimi già previsti per i Soggetti che intendono effettuare il Trasporto Sanitario.

## **4 DISPOSIZIONI ORGANIZZATIVE / OPERATIVE MINIME SOCCORSO SANITARIO**

Tutte le disposizioni organizzative e operative del soccorso sanitario extraospedaliero vengono definite da AREU attraverso specifici documenti,

procedure, istruzioni operative e apposita modulistica.

AREU si relaziona operativamente con ogni Soggetto esercente l'attività di soccorso sanitario extraospedaliero attraverso le Articolazioni Aziendali Territoriali e le Sale Operative Regionali di Emergenza Urgenza.

**ALLEGATO A4**  
**PERCORSI FORMATIVI**

**1 PERCORSO FORMATIVO DEL PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE**

**PROGRAMMA DEL CORSO**

**A. PRESENTAZIONE DEL CORSO**

- Introduzione e premesse di contesto

**B. RUOLO E RESPONSABILITA' DELL'ADDETTO AL TRASPORTO E ACCOMPAGNAMENTO:**

- la normativa, gli aspetti giuridici del trasporto e accompagnamento sanitario semplice;
- relazione con le altre figure professionali.

Tempo previsto: **2** ore

**C. CARATTERISTICHE DELLA PERSONA BISOGNOSA DI TRASPORTO E ACCOMPAGNAMENTO:**

- Cenni sulle principali problematiche delle persone portatrici di disabilità psicofisiche;
- Cenni delle principali problematiche delle persone affette da patologia cronica degenerativa ;
- Descrizioni delle principali problematiche relative al trasporto e all'accompagnamento sanitario semplice delle seguenti categorie di utenti:
  - Dializzati;
  - Anziani non autosufficienti e/o con limitazioni funzionali e motorie;
  - Diversamente abili;
  - Affetti da disagio psichico.
- La valutazione ABCDE della persona assistita e trasportata in caso di malore (cenni)

Tempo previsto: **4,30** ore

**D. APPROCCIO PSICOLOGICO E RELAZIONALE CON L'UTENTE**

- Cenni di approccio relazionale a seconda delle diverse tipologie di utente
- Cenni di comunicazione (verbale e non verbale) a seconda delle diverse tipologie di utente

Tempo previsto: **1,30** ore

#### E. TECNICHE DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE E DEFIBRILLAZIONE PRECOCE (Certificazione regionale BLSD per Operatore Laico secondo DGR n° 4717/2013):

- Allertamento e approccio al sistema sanitario d'emergenza
- La Rianimazione Cardio Polmonare di Base (BLS)
- La Defibrillazione precoce semi-automatica
- Tecniche di disostruzione delle vie aeree
- Verifica pratica di abilitazione/certificazione regionale alle tecniche di Basic Life Support and Defibrillation, per operatore laico (BLSD)

Tempo previsto: **5** ore

#### F. LA SICUREZZA NEL TRASPORTO DI PERSONE:

- Principi di sicurezza durante la circolazione stradale;
- Regolamentazione delle aree specifiche di sosta e parcheggi speciali per disabili
- Il Trasporto (Sanitario Semplice) di persone in sicurezza (con auto, furgonati o ambulanze):
  - Presidi speciali di immobilizzazione – mobilizzazione di carrozzine con sistemi idraulici
  - Sistemi di fissaggio omologati
  - Imbarco e sbarco carrozzine e altri sistemi di trasporto per disabili
  - Cenni di mobilizzazione e spostamento delle persone con sistemi di immobilizzazione
  - Come favorire l'accesso e l'uscita dal mezzo di trasporto (auto o furgonati) a persone con limitazioni funzionali
  - Cenni di Trasporto in Ambulanza

- Cenni di segnaletica stradale specifica, normativa vigente in merito alla guida e possibili sanzioni, in riferimento al Codice della Strada

Tempo previsto: **2 ore**

ESAME DI VALUTAZIONE TEORICA del Percorso: 1 ora

**Totale ore previste: 16**

NOTA: Al termine del percorso l'operatore deve conoscere ed essere in grado di eseguire, con tecnica corretta, le manovre per:

- garantire il trasferimento e il trasporto della persona in sicurezza sui possibili diversi mezzi di trasporto semplice (auto, furgonati, ambulanza);
- garantire, in caso di necessità e in attesa dei soccorsi istituzionali, le funzioni vitali di base, (sicurezza della scena, valutazione del paziente, RCP di Base a uno e a due soccorritori senza presidi per la ventilazione (bocca-bocca e/o bocca-maschera), pervietà delle vie aeree, defibrillazione semiautomatica se disponibile);
- garantire l'emostasi, in caso di emorragia evidente.

L'operatore deve essere altresì in grado di effettuare una prima iniziale valutazione ABCDE della persona assistita e/o trasportata, in caso di necessità, al fine di poter riferire in maniera adeguata al Sistema d'Emergenza Sanitaria.

## **2. PERCORSO FORMATIVO DEL PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO**

### **PROGRAMMA DEL CORSO**

#### **A. PRESENTAZIONE DEL CORSO**

Introduzione e premesse di contesto

Tempo previsto: **1 ora**

#### **B. RUOLO E RESPONSABILITA' DELL'ADDETTO ALL'ASSISTENZA E AL TRASPORTO:**

La normativa, gli aspetti giuridici del trasporto sanitario e l'assistenza al paziente;

Possibili attori coinvolti nel Trasporto Sanitario: relazione e approccio con le altre figure professionali e non.

Tempo previsto: **2 ore**

#### **C. CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA:**



- Il corpo umano: breve descrizione dell'anatomia e della fisiologia di base dei seguenti sistemi e apparati:
  - a. nervoso,
  - b. respiratorio,
  - c. cardiovascolare,
  - d. digerente,
  - e. genito-urinario,
  - f. locomotore.
- I segni vitali di base: riconoscimento, rilevazione e valori di riferimento dei principali parametri vitali nell'adulto:
  - a. Frequenza Respiratoria,
  - b. Frequenza Cardiaca,
  - c. Pressione Arteriosa,
  - d. Saturazione d'Ossigeno.
- Descrizione dei principali segni e sintomi di possibile manifestazione;
- La Valutazione primaria ABCDE del paziente non traumatizzato
- Esercitazioni pratiche (rilevazione dei Parametri Vitali e utilizzo della sequenza ABCDE nella Valutazione primaria e secondaria).

Tempo previsto: 9 ore (6 ore teoria e 3 ore pratica)

#### D. CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE DA ASSISTERE E TRASPORTARE:

- Cenni sulle principali problematiche dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie;
- Descrizione delle peculiarità del trasporto sanitario di pazienti particolari: ustionati, terminali, dializzati, diversamente abili, non autosufficienti o con limitazioni funzionali e motorie, bambini, donne gravide, pazienti con supporto ventilatorio meccanico, portatori di specifici presidi medico-chirurgici (per esempio Sondino Naso-Gastrico, PEG, drenaggi, cateteri vescicali, tracheostomia)
- Tecniche di base della mobilizzazione atraumatica e della immobilizzazione con collare cervicale, tavola spinale, steccobende e materassino a depressione, barella a cucchiaio

Tempo previsto: 6 ore (4 ore teoria e 2 di pratica)

#### E. APPROCCIO PSICOLOGICO E RELAZIONALE CON LE PERSONE MALATE

- I principali disturbi del comportamento in caso di: stati ansiosi, attacchi di panico, nevrosi, depressione, demenza, Alzheimer, abuso di sostanze alcoliche, tossiche e

stupefacenti, pazienti psichiatrici

- Cenni di approccio relazionale a seconda delle diverse tipologie di paziente

- La comunicazione (verbale e non verbale) a seconda delle diverse tipologie di paziente

Tempo previsto: **3** ore

#### F. VALUTAZIONE E INIZIALE TRATTAMENTO AL PAZIENTE CON:

- Alterazione dello stato di coscienza, principali patologie neurologiche e relative manifestazioni sintomatologiche:
  - Ictus cerebrale, Attacco Ischemico Transitorio, emorragia cerebrale, epilessia,
  - Sincope, lipotimia e convulsioni
- Alterazione del respiro, principali patologie dell'apparato respiratorio e manifestazioni sintomatologiche
  - Asma, Edema Polmonare Acuto
  - Dispnea acuta
- Alterazione del sistema cardiocircolatorio, principali patologie e relative manifestazioni sintomatologiche
  - Angina, Infarto del Miocardio, Sindrome Coronarica Acuta, Scompenso Cardiaco
- La Valutazione primaria ABCDE nel paziente medico acuto
- Esercitazioni pratiche (scenari di simulazione valutazione primaria ABCDE paziente non traumatico)

Tempo previsto: **8** ore in totale (5 teoria e 3 pratica)

#### G. TECNICHE DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE E DEFIBRILLAZIONE PRECOCE (Certificazione regionale BLS-D per Soccorritori-Esecutori):

- Allertamento e approccio al sistema sanitario d'emergenza
- La Rianimazione Cardio-Polmonare di Base (BLS a uno e a due soccorritori), con utilizzo dei presidi per la ventilazione (pallone Ambu) e protezione delle vie aeree (cannula oro-faringea di Mayo)
- La Defibrillazione precoce semi-automatica

- Tecniche di disostruzione delle vie aeree adulto e pediatrico e Posizione Laterale di Sicurezza

Tempo previsto: **7 ore** (2 ore teoria e 5 pratica)

#### I. IL TRASPORTO IN AMBULANZA:

- Metodi di immobilizzazione e trasporto in sicurezza del paziente
- Procedure di sicurezza per l'operatore e il paziente durante le diverse fasi del trasporto
- Equipaggiamento dell'ambulanza: tipologie di presidi, controllo e cura del materiale del vano sanitario e della cabina di guida
- I Dispositivi di Protezione Individuali
- Le procedure di smaltimento dei rifiuti organici (infetti e non) e della biancheria
- Caricamento e scaricamento della barella di trasporto per ambulanza
- Esercitazioni pratiche

Tempo previsto: **6 ore**

### **Totale ore previste per il percorso Addetto al Trasporto Sanitario: 42**

Per il personale che svolge il ruolo di autista è previsto anche il seguente modulo:

#### J. LA SICUREZZA NELLA GUIDA DEI MEZZI ADIBITI AL TRASPORTO SANITARIO:

- Principi di sicurezza durante la circolazione stradale e il trasporto (con auto, furgonati e ambulanze):
  - Presidi speciali di immobilizzazione – mobilizzazione di carrozzine con sistemi idraulici
  - Sistemi di fissaggio dei presidi di immobilizzazione omologati per l'ambulanza
  - Imbarco e sbarco carrozzine e altri sistemi di trasporto per disabili
  - Caricamento e scaricamento della barella di trasporto per ambulanza
  - Le problematiche legate al Trasporto Sanitario in Ambulanza
- Cenni di segnaletica stradale specifica, normativa vigente in merito alla guida e possibili sanzioni, in riferimento al Codice della Strada

Tempo previsto: 4 ore

Totale ore previste per il ruolo dell'autista: 46

NOTA: Al termine del percorso l'operatore deve conoscere ed essere in grado di eseguire, con tecnica corretta, le manovre per:

- garantire il trasferimento e il trasporto della persona in sicurezza sui possibili diversi mezzi di trasporto sanitario e sanitario semplice (auto, furgonati, ambulanza);
- garantire, in caso di necessità e in attesa dei soccorsi istituzionali, le funzioni vitali di base, (sicurezza della scena, valutazione del paziente, RCP di Base a uno e a due soccorritori con presidi per la ventilazione (bocca-bocca e/o bocca-maschera), pervietà delle vie aeree (anche con presidi), defibrillazione semiautomatica se disponibile);
- garantire una prima valutazione ABCDE della persona assistita e/o trasportata, in caso di necessità, al fine di poter riferire in maniera adeguata al Sistema d'Emergenza Sanitaria;
- garantire il riconoscimento della sintomatologia, l'approccio al Sistema di Emergenza Sanitaria e l'iniziale trattamento, per quanto di sua competenza, in caso di alterazione dello stato di coscienza, di alterazione del respiro, e di alterazioni cardiocircolatorie;
- garantire l'emostasi, in caso di emorragia evidente;

L'operatore deve essere altresì in grado di effettuare una prima valutazione ABCDE della persona assistita e/o trasportata, in caso di necessità, al fine di poter riferire in maniera adeguata al Sistema d'Emergenza Sanitaria.

### **3 PERCORSO FORMATIVO DEL PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO DI SOCCORSO SANITARIO**

L'inizio di questo percorso formativo è subordinato all'espletamento, con esito positivo, del percorso previsto per il personale addetto al servizio di Trasporto Sanitario.

#### **PROGRAMMA DEL CORSO**

##### **INTRODUZIONE E RIPASSO**

*Nella prima ora è indicato il ripasso della valutazione primaria "ABCDE". Almeno due ore devono essere dedicate all'esecuzione di scenari di simulazione sugli argomenti del primo modulo.*

*Non è prevista nessuna prova valutativa.*

*Tempo previsto: 3 ore.*

##### **TRAUMA - Approfondimenti**

- La gravità delle lesioni da trauma, la prevenzione della morte e invalidità da trauma
- La catena del soccorso nella gestione dei traumi
- La "Golden Hour" (ora d'oro)
- La valutazione della scena, l'autoprotezione
- I meccanismi di lesione e l'indice di sospetto

##### **La valutazione primaria: scopo e fasi ABCDE**

- La valutazione secondaria: l'esame testa piedi

##### **Il trauma cranico**

- Segni e sintomi, il danno secondario
- La valutazione secondo lo schema AVPU

##### **Lesioni della colonna**

- Indicatori di sospetto, segni e sintomi, regole generali
- L'immobilizzazione atraumatica
- Indicazioni e uso dei presidi per l'immobilizzazione

##### **Le lesioni dell'addome**

- *Valutazione e trattamento delle principali lesioni*

##### **Le lesioni delle parti molli e ossee**

- Ferite, contusioni, lussazioni, fratture, amputazioni

##### **Il trauma in casi particolari**

- Il paziente incastrato
- L'esposizione a materiali pericolosi

## **Esercitazioni pratiche**

Tempo previsto: **28** ore (10 ore teoria e 18 ore pratica)

### **EMERGENZE MEDICHE - Approfondimenti**

- Alterazioni dello stato di coscienza
- Altre patologie mediche: diabete, reazione allergica, dolore addominale, intossicazioni
- Alterazioni della funzione cardiovascolare
- Esercitazioni pratiche (scenari di simulazione)

Tempo previsto: **14** ore (3 ore teoria e 11 ore pratica)

### **LE URGENZE OSTETRICO GINECOLOGICHE**

- Le emergenze ginecologiche
- Esercitazioni pratiche (scenari di simulazione)

Tempo previsto: **2** ore: 1 teorica e 1 pratica.

### **EMERGENZE AMBIENTALI**

- Collasso e colpo di calore, ipotermia e congelamento
- Emergenze in acqua e lesioni da tuffo
- Esercitazioni pratiche (scenari di simulazione)

Tempo previsto: **2** ore (1 ora teoria e 1 ora pratica)

### **IL TRATTAMENTO PRIMARIO - Approfondimenti**

- La catena della sopravvivenza
- RCP a due soccorritori
- Algoritmi di trattamento dell'ACC con il defibrillatore nel paziente adulto
- Algoritmi di trattamento dell'ACC con il defibrillatore nel paziente pediatrico
- Algoritmi di trattamento dell'ACC nel paziente neonatale
- Tecniche di disostruzione delle vie aeree nel paziente adulto e pediatrico
- Esercitazioni pratiche

Tempo previsto: **8** ore (1 ora teoria e 7 ore pratica)

### **ASPETTI PSICOLOGICI DEL SOCCORSO PREOSPEDALIERO**

- Le principali reazioni del Soccorritore durante le diverse fasi del soccorso
- I bisogni del paziente in situazione di urgenza

Tempo previsto: **1** ora.

### **LE OPERAZIONI D'AMBULANZA**

- Norme di igiene e prevenzione dei rischi biologici
- Le fasi del soccorso e le comunicazioni con la SOREU
- La compilazione della Relazione di soccorso e utilizzo del software gestionale
- La consegna del paziente alle cure del Pronto Soccorso
- Esercitazioni pratiche

Tempo previsto: **6** ore (4 ore teoria e 2 ore pratica)

### **MAXIEMERGENZA**

- Eventi maggiori: aspetti organizzativi e legislativi
- Il ruolo del MSB, il triage e i codici colore
- Ruolo e responsabilità delle diverse figure coinvolte
- Gli aspetti psicologici in medicina delle catastrofi
- Esercitazioni pratiche (Start Triage e scenari di simulazione)

Tempo previsto: **8** ore (4 ore teoria e 4 ore pratica)

### **RIPASSO E VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO**

*Queste ultime ore sono a disposizione degli istruttori per valutare ed appianare eventuali carenze riscontrate al termine del percorso formativo teorico-pratico.*

*È facoltà dell'Ente erogatore della formazione e/o del CeFRA, predisporre una valutazione teorico-pratica per l'accesso alle sessione di certificazione Regionale per Soccorritore esecutore.*

Tempo previsto: **3** ore.

### **VALUTAZIONE CERTIFICATIVA FINALE:**

- TEORICA (tempo previsto: 1 ora)
- PRATICA (tempo previsto: 2 ore).

Il percorso formativo si conclude con il superamento della valutazione finale e con il conseguente rilascio della Certificazione regionale di Soccorritore-Esecutore.

## **Allegato B**

**Dotazione dei mezzi utilizzabili per le attività di Trasporto Sanitario Semplice, Trasporto Sanitario e Soccorso Sanitario extraospedaliero**



## Dotazione dei mezzi utilizzabili

REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO												Note esplicative		
1.0	Enti di competenza		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA AVANZATO	SALVATAGLIO AMBULANZA	SALVATAGLIO AMBULANZA AVANZATO	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE		
	ATS	AREU												
1.1	Controlli e verifiche:		ATS	ATS	ATS	ATS	ATS	ATS	AREU	AREU	AREU	AREU	////	
2.0	Sicurezza													
2.1	Estintore di almeno 3 kg da porre nel comparto guida, verificato e controllato a norma di legge;		////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////	////
2.2	Estintore di almeno 3 kg da porre nel comparto sanitario, verificato e controllato a norma di legge;		////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////	////
2.3	Estintore di almeno 2 kg da porre nel comparto guida, verificato e controllato a norma di legge;		1	1	////	////	////	////	////	1	1	1	1	////
3.0	Comparto di guida													
3.1	Apparato per radiocomunicazione a norma PP.IT. nel rispetto delle Concessioni Ministeriali all'uso ritasciate o telefono cellulare con impianto viva voce o analogo sistema per l'utilizzo a mani libere;		////	////	////	1	1	1	1	1	1	1	1	////
3.2	Lampada portatile, di potenza adeguata, con alimentazione a batteria 12 vdc e cono di segnalazione giallo amovibile;		////	////	1	1	1	1	1	1	1	1	1	////

<b>REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO</b>										Note esplicative
<b>4.0 Comparto sanitario impianto elettrico</b>										
	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA AVANZATO	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE	
4.1	////	////	////	////	1 (*)	1 (*)	1	1	////	(*) Almeno 80AH 12V , per i veicoli immatricolati dopo 01/06/2016
4.2	////	////	1	1	1 (*)	1 (*)	1	1	////	(*) Almeno 80AH 12V , per i veicoli immatricolati dopo 01/06/2016
4.3	////	////	Almen o 2 (*)	Almen o 2 (*)	Almen o 2 (*)	Almen o 2 (*)	Almen o 2 (*)	Almen o 2 (*)	////	(*) Per veicoli immatricolati dopo il 01/06/2016
4.4	////	////	////	3 (*)	3 (*)	3 (*)	3 (*)	////	////	(*) Per veicoli immatricolati dopo il 01/06/2016
4.5	////	////	////	1 (*)	1 (*)	1 (*)	1 (*)	1 (*)	////	(*) Per veicoli immatricolati dopo il 01/06/2016
4.6	////	////	////	1 (*)	1 (*)	1 (*)	1 (*)	////	////	(*) Per veicoli immatricolati dopo il 01/01/2012
<b>5.0</b>	<b>Riscaldamento/Raffreddamento/Areazione</b>									
5.1	////	////	1	1	1	1	////	////	////	////
5.2	////	////	1	1	1	1	////	////	////	////

<b>REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO</b>		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AVANZATO	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE	Note esplicative
5.3	Sistema di climatizzazione comparto sanitario e vano guida;	////	////	1 (*)	1 (*)	1 (*)	1 (*)	////	////	////	(*) Per veicoli immatricolati dopo il 01/06/2011
<b>6.0</b>	<b>Impianti sanitari ed elettromedicali</b>										
6.1	Impianto distribuzione ossigeno a parete con almeno 2 prese in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008;	////	////	////	1	1	1	////	////	////	////
6.2	Bombola di ossigeno fisse della capacità minima di 7 litri ciascuna, dotate di riduttore di pressione, manometro, 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 l'impianto deve garantire almeno una capacità residua complessiva di 700 litri di O <sub>2</sub> ;	////	////	Minimo 2	Minimo 2	Minimo 2	Minimo 2	////	////	////	(*) la capacità residua minima delle bombole collegate all'impianto fisso richiesta, deve essere pari a 1000 litri di O <sub>2</sub> .
6.3	Bombola di ossigeno portatili della capacità minima di 2 litri ciascuna, dotate di riduttore di pressione, manometro, flussometro con riempimento secondo i limiti della normativa vigente, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008; in ogni momento il residuo complessivo delle bombole deve garantire almeno una capacità residua complessiva di 200 litri per due bombole e 300 litri per 3 bombole di O <sub>2</sub> . Ogni bombola deve essere dotata di un sistema di protezione dell'erogatore (es. "tulipano");	////	////	2	2	2	3	2	////	////	////
6.4	Flussimetro con collegamento fisso o ad innesto rapido all'impianto dell'ossigeno, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1_2008;	////	////	1	1	1	1	////	////	////	(*) comprensivo di deumidificatore

<b>REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO</b>		<b>TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE</b>	<b>TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE</b>	<b>TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA</b>	<b>TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA</b>	<b>TRASPORTO SANITARIO AVANZATO</b>	<b>SOCORSO SANITARIO AMBULANZA</b>	<b>MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO</b>	<b>MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE</b>	<b>MEZZO TRASPORTO SANGUE</b>	<b>Note esplicative</b>
6.5	Il veicolo deve poter alloggiare in modalità fruibile e sicura le apparecchiature indicate ai punti: 6.12 Cardiodefibrillatore, 6.13 ECG 12 Derivazioni, 6.14 Ventilatore polmonare, 6.16 Pompa Siringa;	////	////	////	1	1	////	////	////	////	////
6.6	Aspiratore di secreti fisso o asportabile di grande potenza (almeno 25 litri/min.) con sistema di raccolta di almeno 900 ml alimentato (o ricaricato) dall'impianto elettrico di servizio del veicolo;	////	////	1	1	1	1	////	////	////	////
6.7	Aspiratore per secreti asportabile con sistema di raccolta monouso, alimentato con batteria ricaricabile 12/220 V;	////	////	////	1	1	1	1	////	////	////
6.8	Monitor portatile per la rilevazione della SpO2 con sonda adulti e pediatrica;	////	////	////	1	1	1	1 (*) 1 (**)	////	////	(*) In alternativa integrato nel Cardiodefibrillatore e manuale 6.12 (**) In alternativa integrato nell'ECG a 12 Derivazioni 6.13
6.9	Sfigmomanometro automatico a lettura digitale con bracciale adulto e pediatrico;	////	////	////	1	1	1	1 (*) 1 (**)	////	////	(*) In alternativa integrato nel Cardiodefibrillatore e manuale 6.12 (**) In alternativa integrato nell'ECG a 12 Derivazioni 6.13

REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AVANZATO AMBULANZA	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE	Note esplicative
6.10	Defibrillatore semiautomatico bifasico, in conformità a quanto indicato nella norma EN 60601-2-4;	////	////	1	1	1	1	////	////	////	////
6.11	Termometro a infrarossi che consenta una rilevazione rapida (non oltre 3 secondi senza entrare in contatto con la cute del Paziente (distanza non inferiore a 3 cm);	////	////	////	1	1 (*) (**)	1	1 (*) (**)	////	////	(*) In alternativa integrato nel Cardiodefibrillator e manuale 6.12 (**) In alternativa integrato nell'EKG a 12 Derivazioni 6.13 è ammesso in questo caso anche del tipo a sonda
6.12	Cardio-defibrillatore con possibilità di registrazione su carta del tracciato e possibilità di riprogrammazione modalità automatica/manuale; possibilità di cambio rapido batteria a apparato acceso; memoria ed esportazione report eventi, possibilità di defibrillazione adulto/pediatrico;	////	////	////	////	1 (*)	////	1	////	////	(*) E' ammessa la presenza a bordo del veicolo, ma non è obbligatorio averlo in dotazione.

<b>REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO</b>		<b>TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE</b>	<b>TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE</b>	<b>TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA</b>	<b>TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA</b>	<b>TRASPORTO SANITARIO AVANZATO</b>	<b>SOCORSO SANITARIO AMBULANZA</b>	<b>MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO</b>	<b>MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE</b>	<b>MEZZO TRASPORTO SANGUE</b>	<b>Note esplicative</b>
6.13	ECG a 12 derivazioni con possibilità di trasmissione del tracciato;	////	////	////	1 (*) (**)	////	////	1 (**)	////	////	(*) E' ammessa la presenza a bordo del veicolo, ma non è obbligatorio averlo in dotazione. (**) In alternativa integrato nel Cardiodefibrillator e manuale 6.12
6.14	Ventilatore polmonare portatile con possibilità di ventilazione controllata e assistita adulto e pediatrico con possibilità di inserimento di pressione positiva di fine espirazione (PEEP);	////	////	////	1 (*)	////	////	////	////	////	(*) E' ammessa la presenza a bordo del veicolo, ma non è obbligatorio averlo in dotazione.
6.15	Sistema di assistenza respiratoria regolabile a pressione positiva (CPAP);	////	////	////	////	////	////	1	////	////	////
6.16	Pompa a siringa con alimentazione 12V c.c. e/o 220V c.a. con modalità purge e possibilità di utilizzo siringhe non dedicate con una capacità massima di almeno 60ml;	////	////	////	1 (*)	////	////	1	////	////	(*) E' ammessa la presenza a bordo del veicolo, ma non è obbligatorio averlo in dotazione.
6.17	Capnometro con visualizzazione della curva;	////	////	////	////	////	////	1 (*) (**)	////	////	(*) In alternativa integrato nel Cardiodefibrillator e manuale 6.12 (**) In alternativa integrato nell'ECG a 12 Derivazioni 6.13

REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO		PRESIDI SANITARI									Note esplicative	
		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA AVANZATO	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE		
7.0		<b>Presidi sanitari</b>										
7.1	Barella di tipo rigido articolata, in conformità alla norma vigente all'atto dell'acquisto;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	//
7.2	Tavola spinale completa di immobilizzazione per la testa e fasce di bloccaggio di sicurezza (ragno), il tutto RX e TAC compatibili; (**);	////	////	////	1 (*)	1	1	////	////	////	////	(*) In alternativa il materiale del punto 7.3 (**). In caso indicazione del costruttore come dispositivo ad uso multiplo barella cucchiaino / tavola spinale è obbligatorio avere a bordo comunque due presidi
7.3	Materassino a depressione con pompa di aspirazione più cinghie di dimensioni minime 200 cm x 85 cm;	////	////	////	1 (*)	1	1	////	////	////	////	(*) In alternativa il materiale del punto 7.2
7.4	Barella a cucchiaino dotata di cinture; (**)	////	////	////	1	1	1	////	////	////	////	(**) In caso indicazione del costruttore come dispositivo ad uso multiplo barella cucchiaino / tavola spinale è obbligatorio avere a bordo comunque due presidi

REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AVANZATO	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE	Note esplicative
		7.5	Dispositivo per il trasporto paziente seduto, in conformità alla norma vigente all'atto dell'acquisto; (fatto salvo il caso in cui la barella principale non assolva anche questa funzione);	////	////	////	1	1	1	////	////
7.6	Telo da trasporto a sei o più maniglie;	////	////	1	1	1	1	////	////	////	////
7.7	Set per immobilizzazione arti a depressione o steccabende rigide;	////	////	////	////	1	1	////	////	////	////
7.8	Dispositivo di estricazione (KED);	////	////	////	////	1	1	1	////	////	////
7.9	Set di collari cervicali (di 5 misure) rigidi, compresi i pediatrici o a regolazione variabile;	////	////	////	////	1	1	1	////	////	////
7.10	Immobilizzatore pediatrico per il trasporto vincolato a barella;	////	////	////	////	1	1	////	////	////	////
<b>8.0</b>	<b>Materiale sanitario vario</b>										
8.1	Scatola di guanti monouso non sterili di categoria III, misura <u>piccola</u> , in conformità a quanto indicato nella norma vigente;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////
8.2	Scatola di guanti monouso non sterili di categoria III, misura <u>media</u> , in conformità a quanto indicato nella norma vigente;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////
8.3	Scatola di guanti monouso non sterili di categoria III, misura <u>grande</u> , in conformità a quanto indicato nella norma vigente;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////
8.4	Maschera tipo pocket mask;	1	1	////	////	////	////	////	////	////	////
8.5	Sistema portaflebo composto da almeno due supporti più due ganci (preferibilmente installati a scomparsa);	////	////	1	1	1	1	////	////	////	////
8.6	Pappagallo;	////	////	1	1	1	1	////	////	////	////



REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA AVANZATO	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE	Note esplicative	
		////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////
8.7	Padella;	////	////	1	1	1	1	////	////	////	////	////
8.8	Cuscino con federa;	////	////	2	2 (*)	2 (*)	2 (*)	////	////	////	////	(*) preferibilmente con federa monouso
8.9	Coperta;	////	////	2	2	2	2	////	////	////	////	////
8.10	Lenzuola;	////	////	4	4 (*)	4 (*)	4 (*)	////	////	////	////	(*) preferibilmente monouso
8.11	Traverse;	////	////	2	2 (*)	2 (*)	2 (*)	////	////	////	////	(*) preferibilmente monouso
8.12	Maschere adulti per somministrazione di ossigeno con sistema di raccordo munite di reservoir;	////	////	2	2	2	2	2	////	////	////	////
8.13	Maschere pediatrica per somministrazione di ossigeno con sistema di raccordo munite di reservoir;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////
8.14	Pallone autoespansibile monouso o riutilizzabile per adulto con sistema di collegamento alla bombola di ossigeno e reservoir;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////
8.15	Pallone autoespansibile monouso o riutilizzabile per pediatrico con sistema di collegamento alla bombola di ossigeno e reservoir;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////
8.16	Kit Maschere monouso adulto per pallone autoespansibile una per ogni misura: 3 4 e 5;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////
8.17	Kit Maschere monouso pediatrico per pallone autoespansibile almeno 4 maschere di diverse misure;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////
8.18	Kit cannula monouso di Majo adulti una per ogni misura: 2, 3 e 4;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////
8.19	Kit cannula monouso di Majo pediatrica una per ogni misura (almeno 3 misure);	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////
8.20	Fonendoscopio;	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////	////

REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO										Note esplicative		
	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA AVANZATO	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE			
8.21	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////		
	Kit cateteri per aspirazione delle secrezioni due per ogni misura: CH 12 – CH 14 e CH16;											
8.22	////	////	////	////	1	1	1	////	////	////		
	Forbici multiuso o equivalenti per taglio abiti e cinture di sicurezza;											
<b>9.0</b>	<b>Materiale di medicazione:</b>											
9.1	////	////	10	10	10	10	////	////	////	////		
	Buste di garze sterili;											
9.2	////	////	10	20	20	20	////	////	////	////		
	Buste di garze non sterili o equivalente;											
9.3	////	////	3	3	3	3	////	////	////	////		
	Bende di varie misure;											
9.4	////	////	3	3	3	3	////	////	////	////		
	Cerotti a nastro di cm. 2,5;											
9.5	////	////	1	1	1	1	////	////	////	////		
	Paio di forbici bottonute (altezza almeno cm. 20);											
9.6	////	////	1	2	2	2	////	////	////	////		
	Laccio emostatico;											
9.7	////	////	2	5	5	5	////	////	////	////		
	Buste monodose di disinfettante;											
9.8	////	////	////	4	4	4	////	////	////	////		
	Confezioni di ghiaccio istantaneo;											
9.9	////	////	2	2	2	2	////	////	////	////		
	Mascherine monouso per paziente;											
<b>10.0</b>	<b>Materiale per rifiuti:</b>											
10.1	////	////	1	1	1	1	1	////	////	////		
	Contenitore rigido sigillabile per rifiuti ospedalieri (minimo 5 lt.);											
10.2	////	////	////	1	1	1	1	////	////	////		
	Contenitore per aghi e taglienti in materiale plastico rigido sigillabile;											
<b>11.0</b>	<b>Materiale di protezione individuale:</b>											
11.1	////	////	////	1	1	1	1	////	////	////		
	Borsa o vano dedicato allo stoccaggio del materiale di protezione;											
11.2	////	////	////	3	3	3	3	////	////	////		
	Paio di occhiali o schermi protettivi;											

REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AVANZATO	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE	Note esplicative	
		////	////	////	3	3	3	3	3	3	////		////
11.3	Camice monouso in tessuto non tessuto idrorepellente;	////	////	////	3	3	3	3	3	////	////	////	
11.4	Cappello monouso;	////	////	////	3	3	3	3	3	////	////	////	
11.5	Maschera monouso ad alta protezione (FFP3), in conformità a quanto indicato nella norma EN149 3° categoria;	////	////	3	3	3	3	3	3	////	////	////	
11.6	Paio di guanti da lavoro, in conformità a quanto indicato nella norma EN 420:2010;	////	////	////	3	3	3	3	3	////	////	////	
11.7	Caschi da lavoro preferibilmente bianchi in conformità a quanto indicato dalla norma UNI EN397:2012;	////	////	////	////	3	3	3	3	////	////	////	
<b>12.0 Livrea e stemmi veicoli da applicare solo ai mezzi di nuova immatricolazione (dal 01/06/2016)</b>													
12.1	Colore mezzo – Bianco;	(*)(**)	(*)(**)	(*)(**)	(*)(**)	(*)(**)	(*)(**)	(*)(**)	(*)(**)	(*)(**)	(*)(**)	(*)(**)	(*) la colorazione del veicolo deve essere di colore bianco lasciando a vista almeno il 70% della colorazione originale della carrozzeria al netto dei loghi (12.2) delle strisce (12.8), delle croci di esculapio (12.4) e delle scritte (12.3 ,12.5,12.6,12.7). Non è permesso

REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO										Note esplicative	
12.2	logo AREU / NUE112;										ricoprite interamente il veicolo con pellicole adesive o simili di colorazioni diverse dal bianco e/o verniciarne le superfici. (**) Per veicoli immatricolati dopo il 01/06/2016
											(*) i loghi saranno forniti da AREU e dovranno essere posizionati uno per ogni fiancata e uno posteriormente
12.3	Denominazione del soggetto titolare del servizio;										(*) Sulle due fiancate deve essere riportata in forma chiara la denominazione del soggetto che abbia la proprietà o la disponibilità del veicolo (***) secondo la norma vigente
		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	1 (*)	////							
		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	1 (*)	////							
		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	1 (*)	////							
		TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	1 (**)	////							
		TRASPORTO SANITARIO AVANZATO AMBULANZA	1 (**)								
		SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	1 (***)	3 (*)							
		MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	1 (***)	3 (*)							
		MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	1 (***)	3 (*)							
		MEZZO TRASPORTO SANGUE	1 (*)	////							

<b>REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO</b>											<b>Note esplicative</b>	
12.4	Croci di esculapio (simbolo internazionale del soccorso)	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTE SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTE SANITARIO AVANZATO AMBULANZA	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE		(*) secondo la normativa vigente
12.5	Scritta soccorso sanitario;	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTE SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTE SANITARIO AVANZATO AMBULANZA	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE		(*) uno per ogni lato del veicolo di dimensioni minime 6cm x 60cm
12.6	Scritta "Trasporto sanitario semplice";	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTE SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTE SANITARIO AVANZATO AMBULANZA	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE		(*) uno per ogni fiancata del veicolo di dimensioni minime 6cm x 60cm
12.7	Scritta "Trasporto organi ed equipe";	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTE SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTE SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTE SANITARIO AVANZATO AMBULANZA	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE		(*) uno per ogni lato del veicolo di dimensioni minime 6cm x 60cm

<b>REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO E I MATERIALI SANITARI DEI MEZZI AD USO SANITARIO</b>										<b>Note esplicative</b>	
12.8	Fascia riflettente arancione con altezze e posizioni indicate dalla normativa vigente;	////	////	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*) E' vietato posizionare sopra ad essa scritte disegni autoadesivi e/o stampaniti congiuntamente.
<b>13.0 Impianti di movimentazione</b>											
13.1	Sistema di carico/scarico paziente diversamente abile in carrozzina;	////	1	////	////	////	////	////	////	////	E' richiesto che l'impianto di carico scarico paziente sia verificato annualmente solo se elettro-idraulico.
<b>14.0 Limiti massimi veicoli</b>											
14.1	Il veicolo utilizzato per il servizio non deve aver superato il seguente numero di Km percorsi;	330000 KM (*)	330000 KM (*)	330000 KM (*)	330000 KM (*)	330000 KM (*)	330000 KM (*)	330000 KM (*)	230000 KM (*)	230000 KM (*)	(*) tale limite rimane invariato anche in caso di importanti manutenzioni meccaniche come, ad esempio, la sostituzione del motore

# Tipologia di mezzi utilizzabili

RIF.	TIPOLOGIA DEI MEZZI AD USO SANITARIO	NORMA NAZIONALE DI RIFERIMENTO	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AVANZATO	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	SOCORSO SANITARIO AMBULANZA	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO	MEZZO TRASPORTO ORGANI ED EQUIPE	MEZZO TRASPORTO SANGUE	Note esplicative
A01	AUTOVEETTURA PER IL TRASPORTO DI PERSONE (AUTOVEETTURA O FURGONE FINISTRATO)	////	SI	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////
A02	AUTOVEETTURA PER IL TRASPORTO DI PERSONE (AUTOVEETTURA O FURGONE FINISTRATO) CON SISTEMA DI CARICO/SCARICO PAZIENTE DIVERSAMENTE ABILE IN CARROZZINA;	////	SI	SI	////	////	////	////	////	////	////	////	////
A03	AMBULANZA TIPO A (CATEGORIA M1) AUTOVEICOLO PER USO SPECIALE	D.M. 553 del 17 Dicembre 1987	////	////	SI	SI	SI	SI	SI	////	////	////	////
A04	AMBULANZA TIPO A1 (CATEGORIA M1) AUTOVEICOLO PER USO SPECIALE	D.M. 487 del 20 Novembre 1997	////	////	SI	SI	SI	SI	SI	////	////	////	////
A05	AMBULANZA TIPO B (CATEGORIA M1) AUTOVEICOLO PER USO SPECIALE	D.M. 553 del 17 Dicembre 1987	////	////	SI	SI	SI	SI	////	////	////	////	////
A06	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO AUTOMEDICA (CATEGORIA M1) AUTOVEICOLO PER USO SPECIALE	D.M. del 5 Novembre 1996	////	////	////	////	////	////	////	SI	////	////	////
A07	MEZZO TRASPORTO ORGANI E PLASMA (CATEGORIA M1) AUTOVEICOLO PER USO SPECIALE	D.M. del 9 Settembre 2008	////	////	////	////	////	////	////	////	SI	SI	////

N.B. Per i natanti, i motocicli e altre tipologie di veicoli che dovranno effettuare Soccorso Sanitario, AREU emanerà specifiche disposizioni.

## **Allegato C**

**Azioni e requisiti ai fini dello svolgimento delle attività di  
Trasporto Semplice, Trasporto Sanitario, Soccorso Sanitario  
extraospedaliero SSR Regione Lombardia**



## Inizio attività da parte di un "Nuovo Soggetto"

### NUOVO SOGGETTO CON SEDE IN LOMBARDIA

	N1	N2	N3
<b>Rif:</b>	Nuova attività trasporto sanitario semplice.	Nuova attività trasporto sanitario.	Nuova attività di soccorso sanitario extraospedaliero per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR) Regione Lombardia.
<b>ATTIVITA' CHE SI INTENDE AVVIARE</b>	Una sede sul territorio della Regione Lombardia, un mezzo idoneo all'attività richiesta e del personale formato.	Una sede sul territorio della Regione Lombardia, un mezzo idoneo all'attività richiesta e del personale formato.	Avere già presentato una SCIA per "Trasporto Sanitario" e avere sia personale formato che mezzi conformi alla normativa regionale del "Soccorso_Sanitario extraospedaliero"
<b>REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE LA RICHIESTA</b>	SCIA inizio attività trasporto semplice.	SCIA inizio attività trasporto sanitario.	Necessità di apposita convenzione sottoscritta con AREU.
<b>AZIONI DA EFFETTUARE</b>	Per essere abilitati: Corso 16 ore "Trasporto Sanitario Semplice" (TSS).	Per essere abilitati "Addetto al trasporto sanitario - Accompagnatore" bisogna aver superato il seguente modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS).	Per essere abilitati bisogna aver superato i due seguenti moduli: - 1° Modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS) (vedi Rif: N2) - 2° Modulo: Corso 78 ore "Corso Soccorritore-Esecutore" (SOCC-ES).
<b>FORMAZIONE RICHIESTA (*)</b>	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della SCIA inizio attività trasporto semplice.	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della SCIA inizio attività trasporto sanitario.	AREU comunica alla ATS di competenza territoriale l'avvenuto convenzionamento con il Soggetto.
<b>COMUNICAZIONI TRA ENTI</b>	//	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario".
<b>NOTE</b>			

(\*) Allegato A4 Percorsi formativi

## Inizio attività da parte di un "Nuovo Soggetto" (senza sede sul territorio lombardo)

### NUOVO SOGGETTO SENZA SEDE IN LOMBARDIA

	N4	N5	N6
<b>Rif:</b>	Nuova attività trasporto sanitario semplice.	Nuova attività trasporto sanitario.	Nuova attività soccorso sanitario extraspedaliero per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR) Regione Lombardia.
<b>ATTIVITA' CHE SI INTENDE AVVIARE</b>			
<b>REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE LA RICHIESTA</b>	Avere una sede sul territorio della Regione Lombardia, un mezzo idoneo all'attività richiesta e del personale formato. Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario Semplice" (TSS).	Avere una sede sul territorio della Regione Lombardia, un mezzo idoneo all'attività richiesta e del personale formato. Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario" (TS).	Avere sia personale formato che mezzi conformi alla normativa regionale del "Soccorso Sanitario extraspedaliero" Può partecipare alle selezioni e/o procedure indette da AREU e adeguarsi alle indicazioni prescritte negli avvisi di selezioni.
<b>AZIONI DA EFFETTUARE</b>	Per essere abilitati: Corso 16 ore "Trasporto Sanitario Semplice" (TSS).	Per essere abilitati "Addetto al trasporto sanitario - Accompagnatore" bisogna aver superato il seguente modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS).	Per essere abilitati bisogna aver superato i due seguenti moduli: - 1° Modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS) (vedi Rif: N5) - 2° Modulo: Corso 78 ore "Corso Soccorritore-Esecutore" (SOCC-ES).
<b>FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA' (*)</b>		Per essere abilitati "Addetto al trasporto sanitario - Autista" bisogna aver superato i seguenti moduli: - 1° Modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS). - 2° Modulo: Corso 4 ore "Trasporto Sanitario - Modulo Autista" (TS - Mod. Aut.).	
<b>COMUNICAZIONI TRA ENTI</b>	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della SCIA inizio attività "Trasporto Sanitario Semplice".	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della SCIA inizio attività "Trasporto Sanitario".	AREU comunica alla ATS di competenza territoriale l'avvenuto convenzionamento con il soggetto.
<b>NOTE</b>	//	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".	//

(\*) Allegato A4 Percorsi formativi

## Soggetto già avviato tramite SCIA per "Trasporto Sanitario Semplice" che richiede:

	TSS1	TSS2	TSS3	TSS4
<b>Rif:</b>				
<b>ATTIVITA' CHE SI INTENDE RICHIEDERE</b>	<b>Cambio sede.</b>	<b>Modifica della struttura di una sede già dichiarata.</b>	<b>Aggiunta di una nuova sede operativa.</b>	<b>Chiusura di una sede operativa.</b>
<b>REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE LA RICHIESTA</b>	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.
<b>AZIONI DA EFFETTUARE</b>	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario Semplice" - Compilare parte relativa alla modifica della sede.	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario Semplice" - Compilare parte relativa alla modifica strutturale della sede.	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario Semplice" - Compilare parte relativa introduzione nuova sede.	Comunicare chiusura sede operativa.
<b>FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA'</b>	//	//	//	//
<b>COMUNICAZIONI TRA ENTI</b>	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della comunicazione di cambio sede.	//	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della comunicazione di nuova sede.	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della comunicazione di chiusura di una sede.
<b>NOTE</b>	//	//	//	//

## Soggetto già avviato tramite SCIA per "Trasporto Sanitario Semplice" che richiede:

	TSS5	TSS6	TSS7	TSS8
<b>Rif:</b>	Un nuovo mezzo.	Dismissione un mezzo in uso.	Modifica del personale utilizzato per l'attività. (aggiunta e dimissione)	Chiusura della attività di trasporto sanitario semplice.
<b>ATTIVITA' CHE SI INTENDE RICHIEDERE</b>	Avere almeno un mezzo idoneo all'attività richiesta.	Avere almeno un mezzo idoneo all'attività richiesta e del personale formato.	Avere del personale formato per l'attività da svolgere.	//
<b>REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE LA RICHIESTA</b>	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario Semplice" - Compilare parte relativa al nuovo mezzo.	Compilare il modulo di dismissione mezzo in uso e inviarlo all'ATS di competenza territoriale.	Compilare semestralmente (entro il 30 di giugno e il 31 dicembre di ogni anno) il Modulo 9 "elenco del personale attivo presso una sede dichiarata" relativo a tutto il personale impiegato ed inviarlo all'ATS territorialmente competente	Compilare il modulo di chiusura attività e inviarlo all'ATS di competenza territoriale.
<b>AZIONI DA EFFETTUARE</b>	//	//	Corso 16 ore "Trasporto Sanitario Semplice" (TSS).	//
<b>FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA' (*)</b>	//	//	//	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta chiusura dell'attività.
<b>COMUNICAZIONI TRA ENTI</b>	//	//	//	//
<b>NOTE</b>				

(\*) Allegato A4 Percorsi formativi

## Soggetto già avviato tramite SCIA per "Trasporto Sanitario Semplice" che richiede:

**Rif:**  
**ATTIVITA' CHE SI INTENDE**  
**RICHIEDERE**

**REQUISITO MINIMO PER**  
**EFFETTUARE LA RICHIESTA**

**AZIONI DA EFFETTUARE**

**FORMAZIONE RICHIESTA**  
**PER SVOLGERE L'ATTIVITA'**  
**(\*)**

**COMUNICAZIONI TRA ENTI**

**NOTE**

TSS9	TSS10
<p><b>Nuova attività trasporto sanitario.</b></p> <p>Avere una sede sul territorio della Regione Lombardia, un mezzo idoneo all'attività richiesta e del personale formato.</p> <p>Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario".</p> <p>Per essere abilitati "Addetto al trasporto sanitario - <b>Accompagnatore</b>" bisogna aver superato il seguente modulo:                      Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS).</p> <p>Per essere abilitati "Addetto al trasporto sanitario - <b>Autista</b>" bisogna aver superato i seguenti moduli:                      - 1° Modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS).                      - 2° Modulo: Corso 4 ore "Trasporto Sanitario - Modulo Autista" (TS - Mod. Aut.).</p> <p>L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della SCIA inizio attività trasporto sanitario.</p> <p>Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".</p>	<p><b>Nuova attività soccorso sanitario extraospedaliero per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR) Regione Lombardia.</b></p> <p>Avere già presentato una SCIA per "Trasporto Sanitario" e avere sia personale formato che mezzi conformi alla normativa regionale del "Soccorso Sanitario extraospedaliero".</p> <p>Apposita convenzione sottoscritta con AREU.</p> <p>Per essere abilitati bisogna aver superato i due seguenti moduli:                      - 1° Modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS) (vedi Rif: N2)                      - 2° Modulo: Corso 78 ore "Corso Soccorritore-Esecutore" (SOCC-ES).</p> <p>AREU comunica alla ATS di competenza territoriale l'avvenuto convenzionamento con il soggetto.</p> <p>Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario".</p>

(\*) Allegato A4 Percorsi formativi

## Soggetto già avviato tramite SCIA per "Trasporto Sanitario" che richiede:

	TS1	TS2	TS3	TS4
<b>Rif:</b>	<b>Cambio sede.</b>	<b>Modifica della struttura di una sede già dichiarata.</b>	<b>Aggiunta di una nuova sede operativa.</b>	<b>Chiusura di una sede operativa.</b>
<b>ATTIVITA' CHE SI INTENDE RICHIEDERE</b>	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.
<b>REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE LA RICHIESTA</b>	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario" - Compilare parte relativa alla modifica della sede.	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario" - Compilare parte relativa alla modifica strutturale della sede.	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario" - Compilare parte relativa introduzione nuova sede.	Comunicare chiusura sede operativa.
<b>AZIONI DA EFFETTUARE</b>	//	//	//	//
<b>FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA'</b>	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della comunicazione di cambio sede.	//	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della comunicazione di nuova sede.	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della comunicazione di chiusura di una sede.
<b>COMUNICAZIONI TRA ENTI</b>	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".
<b>NOTE</b>				

## Soggetto già avviato tramite SCIA per "Trasporto Sanitario" che richiede:

	TS5	TS6	TS7	TS8
<b>Rif:</b> <b>ATTIVITA' CHE SI INTENDE RICHIEDERE</b>	Un nuovo mezzo.	<b>Dismissione un mezzo in uso.</b>	<b>Modifica del personale utilizzato per l'attività (aggiunta e dimissione)</b>	<b>Chiusura della attività di trasporto sanitario.</b>
<b>REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE LA RICHIESTA</b>	Deve avere almeno un mezzo idoneo all'attività richiesta.	Deve avere almeno un mezzo idoneo all'attività richiesta e del personale formato.	Avere del personale formato per l'attività da svolgere.	//
<b>AZIONI DA EFFETTUARE</b>	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario" - Compilare parte relativa al nuovo mezzo.	Compilare il modulo di dismissione mezzo in uso e inviarlo all'ATS di competenza territoriale.	Compilare semestralmente (entro il 30 di giugno e il 31 dicembre di ogni anno) il Modulo 9 "elenco del personale attivo presso una sede dichiarata" relativo a tutto il personale impiegato ed inviarlo all'ATS territorialmente competente e ad AREU.  Per essere abilitati "Addetto al trasporto sanitario - Accompagnatore" bisogna aver superato il seguente modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS). Per essere abilitati "Addetto al trasporto sanitario - Autista" bisogna aver superato i seguenti moduli: - 1° Modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS). - 2° Modulo: Corso 4 ore "Trasporto Sanitario - Modulo Autista" (TS-Mod.Aut.)	Compilare il modulo di chiusura attività e inviarlo all'ATS di competenza territoriale.
<b>FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA' (*)</b>	//	//		//
<b>COMUNICAZIONI TRA ENTI</b>	//	//	//	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta chiusura dell'attività.
<b>NOTE</b>	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".	//

(\*) Allegato A4 Percorsi formativi

## Soggetto già avviato tramite SCIA per "Trasporto Sanitario" che richiede:

TS9	TS10
<p><b>Effettuare solo Trasporto Sanitario Semplice (e non effettuare più Trasporto Sanitario).</b></p>	<p><b>Nuova attività soccorso sanitario extraspedaliero per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR) Regione Lombardia.</b></p>
<p>Una sede sul territorio della Regione Lombardia, un mezzo idoneo all'attività richiesta e del personale formato.</p>	<p>Avere già presentato una SCIA per "Trasporto Sanitario" e avere sia personale formato che mezzi conformi alla normativa regionale del "Soccorso Sanitario extraspedaliero".</p>
<p>Nessuna attività da effettuare.</p>	<p>Necessita di apposita convenzione sottoscritta con AREU.</p>
<p>Corso 16 ore "Trasporto Sanitario Semplice" (TSS).</p>	<p>Per essere abilitati bisogna aver superato i due seguenti moduli:                      - 1° Modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS) (vedi Rif: N2)                      - 2° Modulo: Corso 78 ore "Corso Soccorritore-Esecutore" (SOCC-ES).</p>
<p>//</p>	<p>AREU comunica alla ATS di competenza territoriale l'avvenuto convenzionamento con il soggetto.</p>
<p>Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice".</p>	<p>Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario".</p>

Rif:

**ATTIVITA' CHE SI INTENDE RICHIEDERE**

**REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE LA RICHIESTA**

**AZIONI DA EFFETTUARE**

**FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA' (\*)**

**COMUNICAZIONI TRA ENTI**

**NOTE**

(\*) Allegato A4 Percorsi formativi



## Soggetto già avviato tramite SCIA per "Soccorso Sanitario extraospedaliero SSR Regione Lombardia" che richiede:

Rif:	SS1	SS2	SS3	SS4
<b>ATTIVITA' CHE SI INTENDE RICHIEDERE</b>	<b>Cambio sede.</b>	<b>Modifica della struttura di una sede già dichiarata.</b>	<b>Aggiunta di una nuova sede operativa.</b>	<b>Chiusura di una sede operativa.</b>
<b>REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE LA RICHIESTA</b>	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.	Mantenere attiva senza interruzioni almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia.
<b>AZIONI DA EFFETTUARE</b>	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario" – Compilare parte relativa alla modifica della sede.	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario" – Compilare parte relativa alla modifica strutturale della sede.	Presentare SCIA per inizio attività "Trasporto Sanitario" – Compilare parte relativa introduzione nuova sede.	Comunicare chiusura sede operativa.
<b>FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA'</b>	//	//	//	//
<b>COMUNICAZIONI TRA ENTI</b>	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della comunicazione di cambio sede.	//	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della comunicazione di nuova sede.	L'ATS comunica ad AREU l'avvenuta presentazione della comunicazione di chiusura di una sede.
<b>NOTE</b>	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario".

## Soggetto già avviato tramite SCIA per "Soccorso Sanitario extraospedaliero SSR Regione Lombardia" che richiede:

	SS5	SS6	SS7
<b>Rif: ATTIVITA' CHE SI INTENDE RICHIEDERE</b>	Introduce un nuovo mezzo.	Dismette un mezzo in uso.	<b>Modifica del personale utilizzato per l'attività (aggiunta e dimissione)</b>
<b>REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE LA RICHIESTA</b>	Deve avere almeno un mezzo idoneo all'attività richiesta.	Deve avere almeno un mezzo idoneo all'attività richiesta e del personale formato.	Deve avere del personale formato per l'attività da svolgere.
<b>AZIONI DA EFFETTUARE</b>	SCIA inizio attività trasporto sanitario – Compilare parte relativa nuovo mezzo.	Compilazione e comunicazione del modulo di dismissione mezzo in uso all'ATS di competenza territoriale e ad AREU.	Compilare semestralmente (entro il 30 di giugno e il 31 dicembre di ogni anno) il Modulo 9 "elenco del personale attivo presso una sede dichiarata" relativo a tutto il personale impiegato ed inviarlo all'ATS territorialmente competente e ad AREU.
<b>FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA' (*)</b>	//	//	Per essere abilitati " <b>Addetto al trasporto sanitario - Accompagnatore</b> " bisogna aver superato il seguente modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS).  Per essere abilitati " <b>Addetto al trasporto sanitario - Autista</b> " bisogna aver superato i seguenti moduli: - 1° Modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS). - 2° Modulo: Corso 4 ore "Trasporto Sanitario - Modulo Autista" (TS – Mod. Aut.).
<b>COMUNICAZIONI TRA ENTI</b>	//	//	//
<b>NOTE</b>	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario".	Può compiere anche "Trasporto Sanitario Semplice" e "Trasporto Sanitario".

(\*) Allegato A4 Percorsi formativi

**Soggetto già avviato tramite SCIA per "Soccorso Sanitario extraospedaliero SSR Regione Lombardia" che richiede:**

**Rif:**  
**ATTIVITA' CHE SI INTENDE RICHIEDERE**  
**REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE LA RICHIESTA**  
**AZIONI DA EFFETTUARE**  
**FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA'**  
**COMUNICAZIONI TRA ENTI**  
**NOTE**

<b>SSB</b>
Chiusura della attività di soccorso sanitario extraospedaliero.
//
Nessuna attività da effettuare.
//
AREU comunica alla ATS di competenza territoriale l'avvenuto termine del convenzionamento con il Soggetto.
Può continuare a svolgere l'attività di "trasporto sanitario semplice" e "trasporto sanitario".

**Soggetto che vuole svolgere attività di soccorso in occasione di Eventi/Manifestazioni (vedi DGR. 2453 del 7-12-2014)**

**SOGGETTO CON SEDE IN LOMBARDIA**

EVI	EV2
<p><b>STATO DEL SOGGETTO</b></p> <p>Soggetto già convenzionato per il Soccorso Sanitario extraospedaliero SSR Regione Lombardia.</p>	<p>Soggetto che effettua l'attività di trasporto sanitario in Regione Lombardia a seguito della presentazione di relativa SCIA Trasporto Sanitario.</p>
<p><b>ATTIVITA' CHE SI INTENDE EFFETTUARE</b></p> <p>Assistenza presso Eventi / Manifestazioni</p>	<p>Assistenza presso Eventi / Manifestazioni</p>
<p><b>REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE L'ATTIVITA'</b></p> <p>E' già autorizzato e deve rispettare le procedure ed istruzioni operative di AREU in ottemperanza alla DGR 2453 del 7 -12-2014.</p>	<p>E' autorizzato a seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) della conformità dei mezzi alla normativa regionale del soccorso sanitario.</li> <li>b) della conformità del personale formato per il soccorso sanitario secondo la normativa regionale.</li> <li>c) della presentazione della <b>SCIA per assistenza e soccorso In Eventi/Manifestazioni</b> specifica.</li> <li>d) del rispetto le procedure ed istruzioni operative di AREU in ottemperanza alla DGR 2453 del 7 -12-2014.</li> </ul>
<p><b>FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA' (*)</b></p> <p>Per essere abilitati bisogna aver superato i due seguenti moduli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1° Modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS) (vedi Rif: N2)</li> <li>- 2° Modulo: Corso 78 ore "Corso Soccorritore-Esecutore" (SOCC-ES).</li> </ul>	<p>Per essere abilitati bisogna aver superato i due seguenti moduli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1° Modulo: Corso 42 ore "Trasporto Sanitario" (TS) (vedi Rif: N2)</li> <li>- 2° Modulo: Corso 78 ore "Corso Soccorritore-Esecutore" (SOCC-ES).</li> </ul>
<p><b>COMUNICAZIONI TRA ENTI</b></p> <p>//</p>	<p>//</p>
<p><b>NOTE</b></p> <p>//</p>	<p>//</p>

(\*) Allegato A4 Percorsi formativi

**Soggetto che vuole svolgere attività di soccorso in occasione di Eventi/Manifestazioni (vedi DGR. 2453 del 7-12-2014)**

**SOGGETTO CON SEDE IN LOMBARDIA**

<b>Rif:</b>	<b>EV3</b>
<b>STATO DEL SOGGETTO</b>	<b>Soggetto già avviato tramite SCIA inizio attività che fa trasporre sanitario semplice</b>
<b>ATTIVITA' CHE SI INTENDE EFFETTUARE</b>	<b>Assistenza presso Eventi / Manifestazioni</b>
<b>REQUISITO MINIMO PER EFFETTUARE L'ATTIVITA'</b>	//
<b>FORMAZIONE RICHIESTA PER SVOLGERE L'ATTIVITA' (*)</b>	//
<b>COMUNICAZIONI TRA ENTI</b>	//
<b>NOTE</b>	Non può effettuare assistenza e soccorso ad Eventi / Manifestazioni.

**SOGGETTO CON SEDE NON IN LOMBARDIA**

<b>EV4</b>
<b>Soggetto non operante in Regione Lombardia</b>
<b>Assistenza presso Eventi / Manifestazioni</b>
E' autorizzato a seguito: a) della conformità dei mezzi alla normativa regionale del soccorso sanitario. b) della conformità del personale formato per il soccorso sanitario secondo la normativa regionale. c) della presentazione della <b>SCIA per assistenza e soccorso in Eventi/Manifestazioni</b> specifica. d) del rispetto le procedure ed istruzioni operative di AREU in ottemperanza alla DGR 2453 del 7 -12-2014. È dispensata dal possesso di una sede sul territorio lombardo.
I requisiti sono elencati nell'Allegato A4 Percorsi formativi
//
//

(\*) Allegato A4 Percorsi formativi

**Allegato D**

**MODULISTICA**

## Segnalazione Certificata di inizio attività TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE

(inviare la SCIA alla ATS di competenza territoriale)

### Dati Soggetto

**S1: La sottoscritta Associazione/Società:** (inserire denominazione sociale)

**S2: con sede legale in:** (comune, via, num civico, cap)

**S3: con sede operativa principale in:** (comune, via, num civico, cap)

**S4: CeFRA di riferimento:**

**S6: Codice fiscale:**

**S8: PEC Mail:**

**S5: Partita IVA:**

**S7: Telefono**

**S9: Telefax**

### Dati legale rappresentante

di cui il legale rappresentante il Sig./Sig.ra:

**L1: Cognome:**

**L2: Nome:**

**L3: Sesso:** (inserire M o F)

**L4: Codice fiscale:**

**L5: Nato/a a:** (comune)

**L6: Provincia di nascita:** (nel formato due lettere)

**L7: Data di nascita:** (gg/mm/aaaa)

**L8: Residente a:** (comune, via, num civico, cap)

Allegare alla SCIA i seguenti documenti:

ALL001. Copia della carta di identità del legale rappresentante.

ALL002. Copia del codice fiscale del legale rappresentante.

ALL003. Dichiarazione sostitutiva di Certificazione Antimafia (vedi Modulo 1)

dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 rilasciata ai sensi della normativa vigente;

ALL004. Dichiarazione sostitutiva del Legale Rappresentante del soggetto richiedente (vedi Moduli 2 e 6)

dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il Legale Rappresentante del soggetto richiedente dichiara:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa. In caso contrario il richiedente dovrà indicare la situazione in cui si trova ed esplicitare la natura dei provvedimenti ;
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico o l'elencazione di quelli di cui è a conoscenza;
- di essere iscritto al registro delle imprese (nel caso di impresa);
- di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento o insolvenza e di non aver presentato domanda di concordato (nel caso di impresa);

**CERTIFICA E DICHIARA DI AVERE TUTTI I REQUISITI RICHIESTI DALLA  
NORMATIVA VIGENTE E CHE I DATI PRESENTI IN QUESTA COMUNICAZIONE  
SONO REALI AL FINE DI EFFETTUARE  
TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE**

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

**dichiara**

**Riepilogo dati da compilare:** (Selezionare l'attività che si intende dichiarare MAX una selezione)

Selezionare l'attività	Attività da dichiarare	Campi da compilare e allegati da inviare	Inviare a:
<input type="checkbox"/>	<b>N1 Nuova attività trasporto sanitario semplice.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22. (* allegare gli allegati in base al tipo di soggetto	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>N4 Nuova attività trasporto sanitario semplice.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Autorizzazione Dati Personali (PRI).	ATS di competenza territoriale



		<b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22. (* ) allegare gli allegati in base al tipo di soggetto	
<input type="checkbox"/>	<b>TSS1 Cambio sede.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>TSS2 Modifica della struttura di una sede già dichiarata.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Modifica Sedi Operative (SEM), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL25, ALL26 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>TSS3 Aggiunta di una nuova sede operativa.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>TSS5 Un nuovo mezzo.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), Mezzi in uso (ME), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL21 (Modulo12), ALL22.	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>SS1 Cambio sede.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>SS2 Modifica della struttura di una sede già dichiarata.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Modifica Sedi Operative (SEM), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL25, ALL26 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>SS3 Aggiunta di una nuova sede operativa.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14, ALL15 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>SS5 Un nuovo mezzo.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), Mezzi in uso (ME), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL21 (Modulo12), ALL22.	ATS di competenza territoriale

**Dati Direttore Sanitario**

di cui il Direttore Sanitario il Dr./Dr.ssa:

DS1: Cognome:

DS2: Nome:

DS3: Sesso: (inserire M o F)

DS4: Codice fiscale:

DS5: Nato/a a: (comune)

DS6: Provincia di nascita: (nel formato due lettere)

DS7: Data di nascita: (gg/mm/aaaa)

DS8: Residente a: (comune,via,num civico, cap)

DS9: Iscritto all'Ordine Provinciale  
dei Medici / Odontoiatri di:

DS10: Numero di iscrizione ordine:

Allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL005. Copia della carta di identità del direttore sanitario.
- ALL006. Copia del codice fiscale del direttore sanitario.
- ALL007. Autocertificazione firmata dal direttore sanitario attestante l'iscrizione all'Ordine provinciale dei medici/odontoiatri. (vedi Modulo 3)
- ALL008. Autocertificazione firmata dal direttore sanitario attestante l'accettazione di incarico del Direttore Sanitario (vedi Modulo 4)

**Dati Responsabile del servizio di prevenzione e protezione**

di cui il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione presso la struttura è:

RS1: Cognome:

RS2: Nome:

RS3: Sesso: (inserire M o F)

RS4: Codice fiscale:

RS5: Nato/a a: (comune)

RS6: Provincia di nascita: (nel formato due lettere)

RS7: Data di nascita: (gg/mm/aaaa)

RS8: Residente a: (comune,via,num civico, cap)

- ALL009. Copia della carta di identità del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione

- ALL010. Copia del codice fiscale del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione

## Dichiarazione di inizio attività di Trasporto Sanitario

Si chiede di indicare la tipologia del soggetto e in base a questo allegare alla SCIA i documenti indicati.

IA1: Tipologia di Soggetto dichiarante (indicare se di tipo 1, 2, o 3)

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 1)

Per le Organizzazioni di Volontariato è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL.011-01: dichiarazione riportante gli estremi del decreto di iscrizione al Registro Regionale del Volontariato - Sezione Regionale o Provinciale, con autocertificazione attestante la presenza tra gli scopi statutari del trasporto sanitario e/o, del trasporto sanitario semplice;
- ALL.011-02: (Modulo 5) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara l'avvenuta iscrizione all'anagrafe unica istituita presso la direzione Regionale delle Entrate del Ministero delle Finanze, qualora il soggetto richiedente sia una ONLUS di opzione;

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 2)

Per le Cooperative Sociali è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL.011-03: dichiarazione riportante gli estremi del decreto della Giunta Regionale di iscrizione nell'albo Regionale delle Cooperative Sociali ai sensi della legge regionale 1 giugno 1993, n. 16;
- ALL.011-04: dichiarazione inerente l'avvenuta revisione o la richiesta di revisione prevista dalla normativa normativa vigente per le Cooperative Sociali, con esito positivo, in ordine ai requisiti mutualistici dei soci, alla corretta applicazione delle vigenti normative inerenti alle cooperative sociali e alla regolare tenuta della contabilità;
- ALL.011-05: (Modulo 5) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara l'avvenuta iscrizione all'anagrafe unica istituita presso la direzione Regionale delle Entrate del Ministero delle Finanze, qualora il soggetto richiedente sia una ONLUS di opzione;

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 3)

Per le **Imprese Individuali o gestita in forma societaria** è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL.011-06:** dichiarazione riportante gli estremi dell'atto costitutivo e dell'iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (REA);
- ALL.011-07:** copia dell'ultima revisione annuale effettuata, con esito positivo, in ordine ai requisiti mutualistici dei soci, alla corretta applicazione delle vigenti normative inerenti alle cooperative sociali e alla regolare tenuta della contabilità;

## Sedi Operative Soggetto

Compilare ed allegare il materiale richiesto per ogni singola sede in uso, nel caso si hanno più di tre (3) sedi operative allegare un **Modulo 7** e i relativi documenti richiesti per ogni ulteriore sede.

### Sede Operativa Principale (deve essere attiva almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia)

**SE1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede)

**SE2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

**SE3: Indirizzo della sede:** (comune, via, num civico, cap)

**SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

**SE5: Telefono di riferimento sede** (Indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SE6: Telefax sede** (Indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SE7: Indirizzo e-mail sede** (Indicare indirizzo e-mail)

**SE8: Persona di riferimento sede** (Indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
  - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.



**Sede Operativa Secondaria (1)** (da compilare se presente)

**SE1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede)

**SE2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

**SE3: Indirizzo della sede:** (comune,via,num civico, cap)

**SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

**SE5: Telefono di riferimento sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SE6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SE7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)

**SE8: Persona di riferimento sede** (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
  - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

**Sede Operativa Secondaria (2)** (da compilare se presente)**SE1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede)**SE2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)**SE3: Indirizzo della sede:** (comune, via, num civico, cap)**SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)**SE5: Telefono di riferimento sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)**SE6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)**SE7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)**SE8: Persona di riferimento sede** (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
  - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

## Orario apertura sede

Indicare gli orari delle sedi dichiarate. Nel caso si hanno più di 7 sedi allegare un'autocertificazione con indicato gli orari delle sedi non riportate in questa dichiarazione

**OR1: Orari sede Principale:** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR2: Orari sede Secondaria (1):** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR3: Orari sede Secondaria (2):** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR4: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR5: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR6: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR7: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

---

## Luogo di conservazione delle cartelle individuali del personale

Indicare in quale sede operativa vengono stoccati i documenti.

**LU1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede ove vengono conservate le cartelle individuali del personale, il numero da indicare è quello dichiarato al punto Sede Operativa SE)



## Personale utilizzato dal Soggetto

**Compilare il Modulo 9 ed allegare il materiale richiesto relativo al personale utilizzato presso ogni singola sede. Nel caso di un numero elevato di personale utilizzato, allegare più Moduli 9 e i relativi documenti necessari ad elencare tutto il personale.**

- ALL.015: (vedi Modulo 9)** dichiarare l'elenco nominativo, comprensivo del luogo e della data di nascita, degli operatori suddivisi secondo:
- il loro inquadramento: volontari (per le Organizzazioni di Volontariato e, qualora presenti, per le Cooperative Sociali), personale dipendente, giovani in servizio civile, altro;
  - le mansioni loro assegnate; soccorritori, autisti soccorritori, autisti, assistenti accompagnatori, personale amministrativo, centralinisti;
  - le tipologie di certificazioni abilitanti l'esercizio dell'attività per la quale è proposta la domanda completa di indicazione dell'Ente certificatore e del numero di registrazione.
  - dichiarare che soggetto richiedente può avvalersi di personale con differenti certificazioni purché ciascun servizio sia effettuato da operatori in possesso del requisito minimo previsto per ciascuna tipologia di trasporto.
- ALL.016: (vedi Modulo 10)** dichiarazione circa la gratuità del servizio prestato rilasciata da ciascun addetto volontario;
- ALL.017: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso di attestato di formazione di tutto il personale operativo per lo svolgimento delle attività per cui presenta la SCIA;
- ALL.018: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso delle polizze assicurative per i rischi derivanti da: responsabilità civile per danni a terzi, 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;
- ALL.019: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso dell'iscrizione alle assicurazioni sociali del personale a rapporto d'impiego;
- ALL.020: (vedi Modulo 11)** dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara che il personale, ad eccezione di quello volontario e dei giovani 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 e conseguentemente non vi è alcun ricorso a forme di collaborazioni irregolari;

## Mezzi utilizzati dal Soggetto

**Compilare il Modulo 12 ed allegare il materiale richiesto relativo ai mezzi utilizzati presso ogni singola sede.**

- ALL.021:** (vedi Moduli 12 e 6) Elenco degli autoveicoli adibiti al trasporto sanitario con l'indicazione del tipo, modello e caratteristiche tecniche secondo la classificazione prevista dalla vigente normativa in materia, numero di targa, anno di immatricolazione, chilometri percorsi, e autocertificazione circa il possesso dei requisiti richiesti per l'attività per la quale è inoltrata la domanda.
- ALL.022:** copia delle carte di circolazione e delle relative revisioni dei veicoli dichiarati in allegato ALL.021. (gli originali devono essere presenti a bordo dei veicoli).

N.B. La copia delle polizze assicurative di ogni veicolo è richiesta nell'allegato ALL.018 (Vedi sezione Personale)

---

## Modifica Sede Operativa (SEM)

**SEM1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede soggetta a modifica)

**SEM2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

**SEM3: Indirizzo della sede:** (comune,via,num civico, cap)

**SEM4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

**SEM5: Telefono di riferimento sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SEM6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SEM7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)

**SEM8: Persona di riferimento sede** (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

**SEM9: Descrizione della modifica apportate alla sede** (descrivere le modifiche apportate)

**ALL.025:** elaborati grafici architettonici della struttura **oggetto della modifica**, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:

- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
- sezioni longitudinali e trasversali quotate

**ALL.026:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede oggetto di modifica.

# Protezione dati personali

di cui:

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento relativo alla registrazione della SCIA presentata.

**(PRI) Acconsento all'utilizzo dei dati** (Barrare la casella)

Data

Firma del richiedente

(timbro e firma)

## Segnalazione Certificata di inizio attività TRASPORTO SANITARIO

(inviare la SCIA alla ATS di competenza territoriale)

### Dati Soggetto

**S1: La sottoscritta Associazione/Società:** (inserire denominazione sociale)

**S2: con sede legale in:** (comune, via, num civico, cap)

**S3: con sede operativa principale in:** (comune, via, num civico, cap)

**S4: CeFRA di riferimento:**

**S6: Codice fiscale:**

**S8: PEC Mail:**

**S5: Partita IVA:**

**S7: Telefono**

**S9: Telefax**

### Dati legale rappresentante

di cui il legale rappresentante il Sig./Sig.ra:

**L1: Cognome:**

**L6: Provincia di nascita:** (nel formato due lettere)

**L2: Nome:**

**L7: Data di nascita:** (gg/mm/aaaa)

**L3: Sesso:** (inserire M o F)

**L8: Residente a:** (comune, via, num civico, cap)

**L4: Codice fiscale:**

**L5: Nato/a a:** (comune)

Allegare alla SCIA i seguenti documenti:

ALL001. Copia della carta di identità del legale rappresentante.

ALL002. Copia del codice fiscale del legale rappresentante.

ALL003. Dichiarazione sostitutiva di Certificazione Antimafia (vedi Modulo 1)

dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 rilasciata ai sensi della normativa vigente;

ALL004. Dichiarazione sostitutiva del Legale Rappresentante del soggetto richiedente (vedi Moduli 2 e 6)

dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il Legale Rappresentante del soggetto richiedente dichiara:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti

amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa. In caso contrario il richiedente dovrà indicare la situazione in cui si trova ed esplicitare la natura dei provvedimenti ;



**Regione  
Lombardia**

- di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico o l'elencazione di quelli di cui è a conoscenza;
- di essere iscritto al registro delle imprese (nel caso di impresa);
- di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento o insolvenza e di non aver presentato domanda di concordato (nel caso di impresa);

---

**CERTIFICA E DICHIARA DI AVERE TUTTI I REQUISITI RICHIESTI DALLA  
NORMATIVA VIGENTE E CHE I DATI PRESENTI IN QUESTA COMUNICAZIONE  
SONO REALI AL FINE DI EFFETTUARE  
TRASPORTO SANITARIO**

---

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

**dichiara**

**Riepilogo dati da compilare:** (Selezionare l'attività che si intende dichiarare MAX una selezione)

Selezio nare l'attività	Attività da dichiarare	Campi da compilare e allegati da inviare	Inviare a:
<input type="checkbox"/>	<b>N2 Nuova attività trasporto sanitario.</b>	<p><b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p><b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14).</p> <p>(*) allegare gli allegati in base al tipo di soggetto</p>	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>N5 Nuova attività trasporto sanitario.</b>	<p><b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore</p>	ATS di competenza

		<p>sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p><b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14).</p> <p>(*) allegare gli allegati in base al tipo di soggetto</p>	territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>TSS9 Nuova attività trasporto sanitario.</b>	<p><b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p><b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14).</p> <p>(*) allegare gli allegati in base al tipo di soggetto</p>	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>TS1 Cambio sede.</b>	<p><b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p><b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14, ALL15 (Modulo8).</p>	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>TS2 Modifica della struttura di una sede già dichiarata.</b>	<p><b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Modifica Sedi Operative (SEM), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p><b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL25, ALL26 (Modulo8).</p>	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>TS3 Aggiunta di una nuova sede operativa.</b>	<p><b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p><b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8).</p>	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>TS5 Un nuovo mezzo.</b>	<p><b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), Mezzi in uso (ME), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p><b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL21 (Modulo12), ALL22.</p>	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>SS1 Cambio sede.</b>	<p><b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI).</p> <p><b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8).</p>	ATS di competenza territoriale

<input type="checkbox"/>	<b>SS2 Modifica della struttura di una sede già dichiarata.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Modifica Sedi Operative (SEM), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL25, ALL26 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>SS3 Aggiunta di una nuova sede operativa.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Sedi Operative (SE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL12 ,ALL13, ALL14 (Modulo8).	ATS di competenza territoriale
<input type="checkbox"/>	<b>SS5 Un nuovo mezzo.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), Mezzi in uso (ME), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL21 (Modulo12), ALL22.	ATS di competenza territoriale



**Dati Direttore Sanitario**

di cui il Direttore Sanitario il Dr./Dr.ssa:

DS1: Cognome:

DS2: Nome:

DS3: Sesso: (inserire M o F)

DS4: Codice fiscale:

DS5: Nato/a a: (comune)

DS6: Provincia di nascita: (nel formato due lettere)

DS7: Data di nascita: (gg/mm/aaaa)

DS8: Residente a: (comune, via, num civico, cap)

DS9: Iscritto all'Ordine Provinciale  
dei Medici / Odontoiatri di:

DS10: Numero di iscrizione ordine:

Allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL005. Copia della carta di identità del direttore sanitario.
- ALL006. Copia del codice fiscale del direttore sanitario.
- ALL007. Autocertificazione firmata dal direttore sanitario attestante l'iscrizione all'Ordine provinciale dei medici/odontoiatri. (vedi Modulo 3)
- ALL008. Autocertificazione firmata dal direttore sanitario attestante l'accettazione di incarico del Direttore Sanitario (vedi Modulo 4)

**Dati Responsabile del servizio di prevenzione e protezione**

di cui il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione presso la struttura è:

RS1: Cognome:

RS2: Nome:

RS3: Sesso: (inserire M o F)

RS4: Codice fiscale:

RS5: Nato/a a: (comune)

RS6: Provincia di nascita: (nel formato due lettere)

RS7: Data di nascita: (gg/mm/aaaa)

RS8: Residente a: (comune, via, num civico, cap)

- ALL009. Copia della carta di identità del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione



- ALL010. Copia del codice fiscale del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione

## Dichiarazione di inizio attività di Trasporto Sanitario

Si chiede di indicare la tipologia del soggetto e in base a questo allegare alla SCIA i documenti indicati.

IA1: Tipologia di Soggetto dichiarante (indicare se di tipo 1, 2, o 3)

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 1)

Per le Organizzazioni di Volontariato è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL.011-01: dichiarazione riportante gli estremi del decreto di iscrizione al Registro Regionale del Volontariato - Sezione Regionale o Provinciale, con autocertificazione attestante la presenza tra gli scopi statutari del trasporto sanitario e/o, del trasporto sanitario semplice;
- ALL.011-02: (Modulo 5) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara l'avvenuta iscrizione all'anagrafe unica istituita presso la direzione Regionale delle Entrate del Ministero delle Finanze, qualora il soggetto richiedente sia una ONLUS di opzione;

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 2)

Per le Cooperative Sociali è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL.011-03: dichiarazione riportante gli estremi del decreto della Giunta Regionale di iscrizione nell'albo Regionale delle Cooperative Sociali ai sensi della legge regionale 1 giugno 1993, n. 16;
- ALL.011-04: dichiarazione inerente l'avvenuta revisione o la richiesta di revisione prevista dalla normativa vigente per le Cooperative Sociali, con esito positivo, in ordine ai requisiti mutualistici dei soci, alla corretta applicazione delle vigenti normative inerenti alle cooperative sociali e alla regolare tenuta della contabilità;
- ALL.011-05: (Modulo 5) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara l'avvenuta iscrizione all'anagrafe unica istituita presso la direzione Regionale delle Entrate del Ministero delle Finanze, qualora il soggetto richiedente sia una ONLUS di opzione;

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 3)

Per le **Imprese Individuali o gestita in forma societaria** è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL.011-06:** dichiarazione riportante gli estremi dell'atto costitutivo e dell'iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (REA);
- ALL.011-07:** copia dell'ultima revisione annuale effettuata, con esito positivo, in ordine ai requisiti mutualistici dei soci, alla corretta applicazione delle vigenti normative inerenti alle cooperative sociali e alla regolare tenuta della contabilità;

## Sedi Operative Soggetto

Compilare ed allegare il materiale richiesto per ogni singola sede in uso, nel caso si hanno più di tre (3) sedi operative allegare un **Modulo 7** e i relativi documenti richiesti per ogni ulteriore sede.

### Sede Operativa Principale (deve essere attiva almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia)

**SE1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede)

**SE2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

**SE3: Indirizzo della sede:** (comune, via, num civico, cap)

**SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

**SE5: Telefono di riferimento sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SE6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SE7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)

**SE8: Persona di riferimento sede** (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
  - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

**Sede Operativa Secondaria (1)** (da compilare se presente)**SE1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede)**SE2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)**SE3: Indirizzo della sede:** (comune, via, num civico, cap)**SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)**SE5: Telefono di riferimento sede** (Indicare il numero senza prefisso internazionale)**SE6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)**SE7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)**SE8: Persona di riferimento sede** (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
  - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

**Sede Operativa Secondaria (2)** (da compilare se presente)**SE1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede)**SE2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)**SE3: Indirizzo della sede:** (comune, via, num civico, cap)**SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)**SE5: Telefono di riferimento sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)**SE6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)**SE7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)**SE8: Persona di riferimento sede** (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
  - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

## Orario apertura sede

Indicare gli orari delle sedi dichiarate. Nel caso si hanno più di 7 sedi allegare un autocertificazione con indicato gli orari delle sedi non riportate in questa dichiarazione

**OR1: Orari sede Principale:** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR2: Orari sede Secondaria (1):** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR3: Orari sede Secondaria (2):** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR4: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR5: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR6: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR7: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

---

## Luogo di conservazione delle cartelle individuali del personale

Indicare in quale sede operativa vengono stoccati i documenti.

**LU1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede ove vengono conservate le cartelle individuali del personale, il numero da indicare è quello dichiarato al punto Sede Operativa SE)

## Personale utilizzato dal Soggetto

**Compilare il Modulo 9 ed allegare il materiale richiesto relativo al personale utilizzato presso ogni singola sede. Nel caso di un numero elevato di personale utilizzato, allegare più Moduli 9 e i relativi documenti necessari ad elencare tutto il personale.**

- ALL.015: (vedi Modulo 9)** dichiarare l'elenco nominativo, comprensivo del luogo e della data di nascita, degli operatori suddivisi secondo:
- il loro inquadramento: volontari (per le Organizzazioni di Volontariato e, qualora presenti, per le Cooperative Sociali), personale dipendente, giovani in servizio civile, altro;
  - le mansioni loro assegnate; soccorritori, autisti soccorritori, autisti, assistenti accompagnatori, personale amministrativo, centralinisti;
  - le tipologie di certificazioni abilitanti l'esercizio dell'attività per la quale è proposta la domanda completa di indicazione dell'Ente certificatore e del numero di registrazione.
  - dichiarare che soggetto richiedente può avvalersi di personale con differenti certificazioni purché ciascun servizio sia effettuato da operatori in possesso del requisito minimo previsto per ciascuna tipologia di trasporto.
- ALL.016: (vedi Modulo 10)** dichiarazione circa la gratuità del servizio prestato rilasciata da ciascun addetto volontario;
- ALL.017: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso di attestato di formazione di tutto il personale operativo per lo svolgimento delle attività per cui presenta la SCIA;
- ALL.018: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso delle polizze assicurative per i rischi derivanti da: responsabilità civile per danni a terzi, 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;
- ALL.019: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso dell'iscrizione alle assicurazioni sociali del personale a rapporto d'impiego;
- ALL.020: (vedi Modulo 11)** dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara che il personale, ad eccezione di quello volontario e dei giovani 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 e conseguentemente non vi è alcun ricorso a forme di collaborazioni irregolari;



## Mezzi utilizzati dal Soggetto

**Compilare il Modulo 12 ed allegare il materiale richiesto relativo ai mezzi utilizzati presso ogni singola sede.**

- ALL.021:** (vedi Moduli 12 e 6) Elenco degli autoveicoli adibiti al trasporto sanitario con l'indicazione del tipo, modello e caratteristiche tecniche secondo la classificazione prevista dalla vigente normativa in materia, numero di targa, anno di immatricolazione, chilometri percorsi, e autocertificazione circa il possesso dei requisiti richiesti per l'attività per la quale è inoltrata la domanda.
- ALL.022:** copia delle carte di circolazione e delle relative revisioni dei veicoli dichiarati in allegato ALL.021. (gli originali devono essere presenti a bordo dei veicoli).

N.B. La copia delle polizze assicurative di ogni veicolo è richiesta nell'allegato ALL.018 (Vedi sezione Personale)

---

## Apparecchiature Elettromedicali utilizzati dal Soggetto

**Compilare il Modulo 13 ed allegare il materiale richiesto relativo alle apparecchiature elettromedicali utilizzate presso ogni singola sede.**

- ALL.023:** (vedi Modulo 13) Elenco delle apparecchiature elettromedicali eventualmente possedute a qualsiasi titolo dal soggetto che richiede l'autorizzazione, con l'indicazione del nominativo di un ingegnere clinico responsabile della manutenzione ordinaria nel rispetto della normativa vigente;
- ALL.024:** (vedi Modulo 14) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara chi è il responsabile della manutenzione ordinaria delle apparecchiature elettromedicali, nel rispetto della normativa vigente o di aver stipulato contratto di assistenza manutentiva;

## Modifica Sede Operativa (SEM)

**SEM1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede soggetta a modifica)

**SEM2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

**SEM3: Indirizzo della sede:** (comune, via, num civico, cap)

**SEM4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

**SEM5: Telefono di riferimento sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SEM6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SEM7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)

**SEM8: Persona di riferimento sede** (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

**SEM9: Descrizione della modifica apportate alla sede** (descrivere le modifiche apportate)

**ALL.025:** elaborati grafici architettonici della struttura **oggetto della modifica**, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:

- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
- sezioni longitudinali e trasversali quotate

**ALL.026:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede oggetto di modifica.

# Protezione dati personali

di cui:

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento relativo alla registrazione della SCIA presentata.

**(PR)** **Acconsento all'utilizzo dei dati** (Barrare la casella)

Data

Firma del richiedente

(timbro e firma)

**Segnalazione Certificata di inizio attività****ASSISTENZA E SOCCORSO IN EVENTI/MANIFESTAZIONI**

(inviare la SCIA alla ATS di competenza territoriale se il soggetto dichiarante ha una propria sede in Regione Lombardia)

**Dati Soggetto****S1: La sottoscritta Associazione/Società:** (inserire denominazione sociale)**S2: con sede legale in:** (comune,via,num civico, cap)**S3: con sede operativa principale in:** (comune,via,num civico, cap)**S4: CeFRA di riferimento:****S6: Codice fiscale:****S8: PEC Mail:****S5: Partita IVA:****S7: Telefono****S9: Telefax****Dati legale rappresentante****di cui il legale rappresentante il Sig./Sig.ra:****L1: Cognome:****L6: Provincia di nascita:** (nel formato due lettere)**L2: Nome:****L7: Data di nascita:** (gg/mm/aaaa)**L3: Sesso:** (inserire M o F)**L8: Residente a:** (comune,via,num civico, cap)**L4: Codice fiscale:****L5: Nato/a a:** (comune)**Allegare alla SCIA i seguenti documenti:** **ALL001. Copia della carta di identità del legale rappresentante.** **ALL002. Copia del codice fiscale del legale rappresentante.** **ALL003. Dichiarazione sostitutiva di Certificazione Antimafia (vedi Modulo 1)**

dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 rilasciata ai sensi della normativa vigente;

 **ALL004. Dichiarazione sostitutiva del Legale Rappresentante del soggetto richiedente (vedi Moduli 2 e 6)**

dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il Legale Rappresentante del soggetto richiedente dichiara:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa. In caso contrario il richiedente dovrà indicare la situazione in cui si trova ed esplicitare la natura dei provvedimenti ;
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico o l'elencazione di quelli di cui è a conoscenza;
- di essere iscritto al registro delle imprese (nel caso di impresa);
- di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento o insolvenza e di non aver presentato domanda di concordato (nel caso di impresa);

---

**CERTIFICA E DICHIARA DI AVERE TUTTI I REQUISITI RICHIESTI DALLA  
NORMATIVA VIGENTE E CHE I DATI PRESENTI IN QUESTA COMUNICAZIONE  
SONO REALI AL FINE DI EFFETTUARE  
ASSISTENZA E SOCCORSO IN EVENTI/MANIFESTAZIONI**

---

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

**dichiara**

**Riepilogo dati da compilare:** (Selezionare l'attività che si intende dichiarare MAX una selezione)

Selezionare l'attività	Attività da dichiarare	Campi da compilare e allegati da inviare	Inviare a:
<input type="checkbox"/> <b>Soggetto con sede in Regione Lombardia</b>	<b>EV2 Soggetto che effettua l'attività di trasporto sanitario in Regione Lombardia a seguito della presentazione di relativa SCIA Trasporto Sanitario.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12, ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14).  (*) allegare gli allegati in base al tipo di soggetto	ATS di competenza territoriale

<input type="checkbox"/> <b>Soggetto con sede <u>NON</u> in Regione Lombardia</b>	<b>EV4 Soggetto che effettua l'attività fuori dal territorio della Regione Lombardia.</b>	<b>Campi:</b> Dati soggetto (S), Dati Legale Rappresentante (L), Orari Apertura Sede (OR), Luogo conservazione cartelle (LU), Dati direttore sanitario (DS), Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RS), dichiarazione inizio attività (IA), Sedi Operative (SE), Mezzi in uso (ME), Apparecchiature Elettromedicali (AE), Autorizzazione Dati Personali (PRI). <b>Allegati:</b> ALL001, ALL02, ALL03 (Modulo1), ALL04 (Modulo2), ALL05, ALL06, ALL07, ALL08, ALL09, ALL10, ALL11(*), ALL12 ,ALL13, ALL14 (Modulo8), ALL15 (Modulo9), ALL16 (Modulo10), ALL17, ALL18, ALL19, ALL20 (Modulo11), ALL21 (Modulo12), ALL22, ALL23 (Modulo13), ALL24 (Modulo14).  (*) allegare gli allegati in base al tipo di soggetto	Presentare dichiarazione a una qualsiasi ATS della Regione Lombardia.
--	---	---	---

**Dati Direttore Sanitario**

di cui il Direttore Sanitario il Dr./Dr.ssa:

**DS1: Cognome:****DS2: Nome:****DS3: Sesso:** (inserire M o F)**DS4: Codice fiscale:****DS5: Nato/a a:** (comune)**DS6: Provincia di nascita:** (nel formato due lettere)**DS7: Data di nascita:** (gg/mm/aaaa)**DS8: Residente a:** (comune,via,num civico, cap)**DS9: Iscritto all'Ordine Provinciale  
dei Medici / Odontoiatri di:****DS10: Numero di iscrizione ordine:**

Allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL005. Copia della carta di identità del direttore sanitario.
- ALL006. Copia del codice fiscale del direttore sanitario.
- ALL007. Autocertificazione firmata dal direttore sanitario attestante l'iscrizione all'Ordine provinciale dei medici/odontoiatri. (vedi Modulo 3)
- ALL008. Autocertificazione firmata dal direttore sanitario attestante l'accettazione di incarico del Direttore Sanitario (vedi Modulo 4)

**Dati Responsabile del servizio di prevenzione e protezione**

di cui il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione presso la struttura è:

**RS1: Cognome:****RS2: Nome:****RS3: Sesso:** (inserire M o F)**RS4: Codice fiscale:****RS5: Nato/a a:** (comune)**RS6: Provincia di nascita:** (nel formato due lettere)**RS7: Data di nascita:** (gg/mm/aaaa)**RS8: Residente a:** (comune,via,num civico, cap)

- ALL009. Copia della carta di identità del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione

- ALL010. Copia del codice fiscale del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione

## Dichiarazione di inizio attività di Trasporto Sanitario

Si chiede di indicare la tipologia del soggetto e in base a questo allegare alla SCIA i documenti indicati.

IA1: Tipologia di Soggetto dichiarante (indicare se di tipo 1, 2, o 3)

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 1)

Per le Organizzazioni di Volontariato è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL.011-01: dichiarazione riportante gli estremi del decreto di iscrizione al Registro Regionale del Volontariato - Sezione Regionale o Provinciale, con autocertificazione attestante la presenza tra gli scopi statutari del trasporto sanitario e/o, del trasporto sanitario semplice;
- ALL.011-02: (Modulo 5) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara l'avvenuta iscrizione all'anagrafe unica istituita presso la direzione Regionale delle Entrate del Ministero delle Finanze, qualora il soggetto richiedente sia una ONLUS di opzione;

(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 2)

Per le Cooperative Sociali è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:

- ALL.011-03: dichiarazione riportante gli estremi del decreto della Giunta Regionale di iscrizione nell'albo Regionale delle Cooperative Sociali ai sensi della legge regionale 1 giugno 1993, n. 16;
- ALL.011-04: dichiarazione inerente l'avvenuta revisione o la richiesta di revisione prevista dalla normativa vigente per le Cooperative Sociali, con esito positivo, in ordine ai requisiti mutualistici dei soci, alla corretta applicazione delle vigenti normative inerenti alle cooperative sociali e alla regolare tenuta della contabilità;
- ALL.011-05: (Modulo 5) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara l'avvenuta iscrizione all'anagrafe unica istituita presso la direzione Regionale delle Entrate del Ministero delle Finanze, qualora il soggetto richiedente sia una ONLUS di opzione;



(Da considerare solo se la tipologia del dichiarante è Tipo 3)

**Per le Imprese Individuali o gestita in forma societaria è richiesto di allegare alla SCIA i seguenti documenti:**

- ALL.011-06:** dichiarazione riportante gli estremi dell'atto costitutivo e dell'iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (REA);
- ALL.011-07:** copia dell'ultima revisione annuale effettuata, con esito positivo, in ordine ai requisiti mutualistici dei soci, alla corretta applicazione delle vigenti normative inerenti alle cooperative sociali e alla regolare tenuta della contabilità;

## Sedi Operative Soggetto

Compilare ed allegare il materiale richiesto per ogni singola sede in uso, nel caso si hanno più di tre (3) sedi operative allegare un **Modulo 7** e i relativi documenti richiesti per ogni ulteriore sede.

### Sede Operativa Principale (deve essere attiva almeno una sede sul territorio della Regione Lombardia)

**SE1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede)

**SE2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

**SE3: Indirizzo della sede:** (comune, via, num civico, cap)

**SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezzone urbana, foglio, particella, subalterno)

**SE5: Telefono di riferimento sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SE6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SE7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)

**SE8: Persona di riferimento sede** (Indicare cognome e nome della persona di riferimento)

**ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:

- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
- sezioni longitudinali e trasversali quotate

**ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);

**ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

**Sede Operativa Secondaria (1)** (da compilare se presente)**SE1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede)**SE2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)**SE3: Indirizzo della sede:** (comune, via, num civico, cap)**SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)**SE5: Telefono di riferimento sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)**SE6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)**SE7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)**SE8: Persona di riferimento sede** (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
  - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.



**Sede Operativa Secondaria (2)** (da compilare se presente)

**SE1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede)

**SE2: Nome alla sede:** (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

**SE3: Indirizzo della sede:** (comune, via, num civico, cap)

**SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede:** (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

**SE5: Telefono di riferimento sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SE6: Telefax sede** (indicare il numero senza prefisso internazionale)

**SE7: Indirizzo e-mail sede** (indicare indirizzo e-mail)

**SE8: Persona di riferimento sede** (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
  - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

## Orario apertura sede

Indicare gli orari delle sedi dichiarate. Nel caso si hanno più di 7 sedi allegare un'autocertificazione con indicato gli orari delle sedi non riportate in questa dichiarazione

**OR1: Orari sede Principale:** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR2: Orari sede Secondaria (1):** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR3: Orari sede Secondaria (2):** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR4: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR5: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR6: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

**OR7: Orari sede Secondaria ( )::** (inserire gli orari della sede es: lun-ven 8:00-20:00 sab 12:00-19:00)

---

## Luogo di conservazione delle cartelle individuali del personale

Indicare in quale sede operativa vengono stoccati i documenti.

**LU1: Numero progressivo sede:** (inserire numero di riferimento della sede ove vengono conservate le cartelle individuali del personale, il numero da indicare è quello dichiarato al punto Sede Operativa SE)

## Personale utilizzato dal Soggetto

**Compilare il Modulo 9 ed allegare il materiale richiesto relativo al personale utilizzato presso ogni singola sede. Nel caso di un numero elevato di personale utilizzato, allegare più Moduli 9 e i relativi documenti necessari ad elencare tutto il personale.**

- ALL.015: (vedi Modulo 9)** dichiarare l'elenco nominativo, comprensivo del luogo e della data di nascita, degli operatori suddivisi secondo:
- il loro inquadramento: volontari (per le Organizzazioni di Volontariato e, qualora presenti, per le Cooperative Sociali), personale dipendente, giovani in servizio civile, altro;
  - le mansioni loro assegnate; soccorritori, autisti soccorritori, autisti, assistenti accompagnatori, personale amministrativo, centralinisti;
  - le tipologie di certificazioni abilitanti l'esercizio dell'attività per la quale è proposta la domanda completa di indicazione dell'Ente certificatore e del numero di registrazione.
  - dichiarare che soggetto richiedente può avvalersi di personale con differenti certificazioni purché ciascun servizio sia effettuato da operatori in possesso del requisito minimo previsto per ciascuna tipologia di trasporto.
- ALL.016: (vedi Modulo 10)** dichiarazione circa la gratuità del servizio prestato rilasciata da ciascun addetto volontario;
- ALL.017: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso di attestato di formazione di tutto il personale operativo per lo svolgimento delle attività per cui presenta la SCIA;
- ALL.018: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso delle polizze assicurative per i rischi derivanti da: responsabilità civile per danni a terzi, 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;
- ALL.019: (vedi Modulo 6)** Autocertificazione di essere in possesso dell'iscrizione alle assicurazioni sociali del personale a rapporto d'impiego;
- ALL.020: (vedi Modulo 11)** dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara che il personale, ad eccezione di quello volontario e dei giovani 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 e conseguentemente non vi è alcun ricorso a forme di collaborazioni irregolari;

## Mezzi utilizzati dal Soggetto

Compilare il Modulo 12 ed allegare il materiale richiesto relativo ai mezzi utilizzati presso ogni singola sede.

- ALL.021:** (vedi Moduli 12 e 6) Elenco degli autoveicoli adibiti al trasporto sanitario con l'indicazione del tipo, modello e caratteristiche tecniche secondo la classificazione prevista dalla vigente normativa in materia, numero di targa, anno di immatricolazione, chilometri percorsi, e autocertificazione circa il possesso dei requisiti richiesti per l'attività per la quale è inoltrata la domanda.
- ALL.022:** copia delle carte di circolazione e delle relative revisioni dei veicoli dichiarati in allegato ALL.021. (gli originali devono essere presenti a bordo dei veicoli).

N.B. La copia delle polizze assicurative di ogni veicolo è richiesta nell'allegato ALL.018 (Vedi sezione Personale)

---

## Apparecchiature Elettromedicali utilizzati dal Soggetto

Compilare il Modulo 13 ed allegare il materiale richiesto relativo alle apparecchiature elettromedicali utilizzate presso ogni singola sede.

- ALL.023:** (vedi Modulo 13) Elenco delle apparecchiature elettromedicali eventualmente possedute a qualsiasi titolo dal soggetto che richiede l'autorizzazione, con l'indicazione del nominativo di un ingegnere clinico responsabile della manutenzione ordinaria nel rispetto della normativa vigente;
- ALL.024:** (vedi Modulo 14) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara chi è il responsabile della manutenzione ordinaria delle apparecchiature elettromedicali, nel rispetto della normativa vigente o di aver stipulato contratto di assistenza manutentiva;

## Protezione dati personali

di cui:

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento relativo alla registrazione della SCIA presentata.

**(PRI) Acconsento all'utilizzo dei dati** (Barrare la casella)

Data

Firma del richiedente

(timbro e firma)



## COMUNICAZIONE ANTIMAFIA

### AUTOCERTIFICAZIONE NEI CASI DI CUI ALL'ART. 89 DEL D.LGS 159/2011

### 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 .....

In qualità di .....

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 dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

#### **dichiara**

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa *(in caso contrario il richiedente dovrà indicare la situazione in cui si trova ed esplicitare la natura dei provvedimenti)*;
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico *(o l'elencazione di quelli di cui è a conoscenza)*;

**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.

## AUTOCERTIFICAZIONE DELLA QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE ECC.

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

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

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 avere la qualità di legale rappresentante della seguente Associazione/Società

Associazione/Società.....

Con sede legale in .....

Partita IVA:.....

PEC Mail:.....

Telefono:.....

**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.

**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.**

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.

## 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 trasporto;
  - 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.

## 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 .....

In qualità di .....

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 dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

### dichiara

- l'avvenuta iscrizione all'anagrafe unica istituita presso la Direzione Regionale delle Entrate del Ministero delle Finanze, come ONLUS.

**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.

## 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

- 1) di essere iscritto al registro delle imprese (nel caso di impresa);
- 2) di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento o insolvenza e di non aver presentato domanda di concordato (nel caso di impresa);
- 3) il possesso dei requisiti richiesti per l'attività per la quale è presentata la SCIA;
- 4) di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo;
- 5) di essere in possesso di attestato di formazione di tutto il personale operativo per lo svolgimento delle attività per cui presenta la SCIA;
- 6) di essere in possesso delle polizze assicurative per i rischi derivanti da:
  - responsabilità civile per danni a terzi, 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;

7) l'iscrizione alle assicurazioni sociali del personale a rapporto d'impiego;

8) che gli autoveicoli hanno i requisiti richiesti per l'attività per la quale è presentata la SCIA;

9) che le dotazioni a bordo dei mezzi hanno i requisiti richiesti per l'attività per la quale è presentata la SCIA.

**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 SEDI AGGIUNTIVE

Sede Operativa Secondaria (N° ) (da compilare se presente)

SE1: Numero progressivo sede: (inserire numero di riferimento della sede)

SE2: Nome alla sede: (inserire nome sede es. Sede Milano Città)

SE3: Indirizzo della sede: (comune, via, num civico, cap)

SE4: Indicare riferimenti catastali della mappa della sede: (comune catastale, sezione urbana, foglio, particella, subalterno)

SE5: Telefono di riferimento sede (indicare il numero senza prefisso internazionale)

SE6: Telefax sede (indicare il numero senza prefisso internazionale)

SE7: Indirizzo e-mail sede (indicare indirizzo e-mail)

SE8: Persona di riferimento sede (indicare cognome e nome della persona di riferimento)

- ALL.012:** elaborati grafici architettonici della struttura, in scala 1:100, opportunamente quotati (misure interne dei singoli locali ed altezze nette) firmati e timbrati dal progettista e dal titolare della struttura, comprendenti:
- planimetrie aggiornate con destinazione d'uso dei singoli vani, calcoli analitici dei rapporti aeranti ed illuminanti ai sensi del Regolamento Edilizio e del Regolamento Locale di Igiene dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore;
  - sezioni longitudinali e trasversali quotate
- ALL.013:** (vedi Modulo 6) Autocertificazione di aver stipulato contratto per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo (ad eccezione dei soggetti che non impiegano autoambulanze);
- ALL.014:** (vedi Modulo 8) Autocertificazione del rispetto dei disposti del d.m. 10.03.1998 relativa alla sede dichiarata.

**RISPETTO DEI  
DISPOSTI DEL D.M. 10.03.1998  
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 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".

Per la sede ubicata in .....

Dichiarata come:

Sede principale  Sede Secondaria (1)  Sede Secondaria (2)  Sede Secondaria (\_\_\_)

**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.

**ELENCO DEL PERSONALE ATTIVO  
PRESSO UNA SEDE DICHIARATA**

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

Il sottoscritto (nome e cognome)

Comune e data di nascita

Residente a

Codice fiscale

Della società/soggetto

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

SEDE OPERATIVA

\_\_\_\_\_

NUM.P ROG.	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	LUOGO DI NASCITA	DATA	INQUADRAMENTO	MANSIONI	CERTIFICAZIONI	NOTE
1									
2									
3									
4									
5									
6									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Li \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma (\*) \_\_\_\_\_

(\*) 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.

## 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 .....

Prestante servizio presso la società/soggetto.....

Partita Iva 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 dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

### dichiara

- di collaborare e svolgere le attività compiute dal soggetto sopra indicato e di non percepire nessuna retribuzione economica.

**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.

## 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 dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

### dichiara

- che il personale, ad eccezione di quello volontario e dei giovani 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 e conseguentemente non vi è alcun ricorso a forme di collaborazioni irregolari;

**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.

**ELENCO DEI MEZZI UTILIZZATI DAL SOGGETTO  
PRESSO UNA SEDE DICHIARATA**

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

Il sottoscritto (nome e cognome)

Comune e data di nascita

Residente a

Codice fiscale

Della società/soggetto

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**

SEDE OPERATIVA

NUM.P ROG.	NUMERO DI TELAIO	TARGA	DATA PRIMA IMMATRICOLAZIONE	MODELLO	KM PERCORSI	PROPRIETA'	TIPOLOGIA VEICOLO	NOTE
1								
2								
3								
4								
5								
6								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

LI \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma (\*) \_\_\_\_\_

(\*) 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.

**ELENCO DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI UTILIZZATE DAL SOGGETTO  
PRESSO UNA SEDE DICHIARATA**

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

Il sottoscritto (nome e cognome)

Comune e data di nascita

Residente a

Codice fiscale

Della società/soggetto

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**

SEDE OPERATIVA \_\_\_\_\_

NUM. P ROG.	NUMERO DI SERIE	MARCA	MODELLO	TIPOLOGIA	DATA DI ACQUISTO	PROPRIETA'	REF. CLINICO.	NOTE
1								
2								
3								
4								
5								
6								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Li \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma (\*) \_\_\_\_\_

(\*) 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.



## 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 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:

Il signor (nome e cognome) .....

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

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

Codice fiscale .....

### *In alternativa*

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

.....

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.

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:.....  
riferimenti 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**

|\_\_| 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.**

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.