

Alla Regione Lazio Direzione Regionale
Salute ed integrazione Socio Sanitaria –
Area autorizzazione ed accreditamento
autorizzazione-accREDITAMENTO@regione.lazio.legalmail.it

Oggetto: richiesta di variazione della sede operativa – L.R. 49/89.

Il/la sottoscritt _____

Nato/a a _____ il _____

Legale rappresentante della Società _____

Indirizzo sede legale _____

_____ telefono _____ fax _____

e.mail _____

con sede operativa in _____

telefono _____ fax _____ e.mail _____

nominativo Medico Responsabile del Servizio _____

chiede

ai sensi della L.R. n. 49 del 17/07/1989 e del D.C.A. n. 90 del 10/11/10 (Modificato ed integrato dal DCA 8/2011 e s.m.i.) la variazione della sede operativa del Servizio di Trasporto Infermi autorizzato con Determina Regionale _____, indirizzo nuova sede operativa _____, recapiti (tel / fax – mail) _____.

Si allega la seguente documentazione:

- tre planimetrie dei locali della sede operativa in scala 1:100 con 2 sezioni idonee a raffigurare anche eventuali diversità di altezza, datate e firmate dal richiedente (Legale Rappresentante) e da un professionista abilitato; le piantine planimetriche dovranno essere quindi di recente redazione e recare sul frontespizio il tipo di autorizzazione, la tipologia dell'attività, la denominazione e la ragione sociale del richiedente, la via, il numero civico, piano ed interno dell'insediamento, la superficie totale; per ogni singolo ambiente andranno riportati l'uso, la superficie e la cubatura totale, l'altezza, la superficie delle fenestrate, distinguendo quelle fisse da quelle apribili, eventuali attrezzature installate;
- Ricevuta di pagamento effettuato su:
 - CCP n. 11439015 intestato ad AUSL VITERBO – Servizio di Igiene e Sanità Pubblica;
 - su c/c bancario IBAN IT66R010051450000000218040 - Banca Nazionale del Lavoro SPA;

per sede operativa:

- fino a 50 mq di superficie coperta € 91,10 causale IP 0099 secondo il vigente tariffario regionale;
- per ogni 25 mq in più o frazioni € 15,18 causale IP 0100.

NB: qualora la precedente sede operativa insistesse nel territorio di un'altra ASL, andranno allegati in copia tutti i decreti autorizzativi regionali precedentemente rilasciati per l'esercizio del Servizio.

Data _____

(Firma Legale Rappresentante)