

Alla Regione Lazio Direzione Regionale  
Salute ed integrazione Socio Sanitaria –  
Area autorizzazione ed accreditamento  
[autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it](mailto:autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it)

Oggetto: richiesta di variazione del Responsabile Sanitario – 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 modifica del Responsabile Sanitario del Servizio di Trasporto Infermi autorizzato con Determina Regionale \_\_\_\_\_,

nominativo precedente responsabile Sanitario \_\_\_\_\_,

nominativo del nuovo responsabile Sanitario \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione:

- autocertificazione datata e firmata del Responsabile Sanitario del Servizio Trasporto Infermi, relativa all'accettazione dell'incarico, ai titoli di studio posseduti, all'iscrizione dell'Ordine dei Medici e Chirurghi, all'inesistenza di situazioni di incompatibilità secondo le vigenti disposizioni di legge, con allegata fotocopia del documento d'identità.
- Versamento sul CCP n. 11439015 intestato ad AUSL VITERBO – Servizio di Igiene e Sanità Pubblica;
- c/c bancario IBAN IT66R010051450000000218040 - Banca Nazionale del Lavoro SPA –

di entità come di € 60,74 causale IP0016.

Data \_\_\_\_\_

(Firma Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_