

Al Direttore Generale ASL di Bari

e per il suo tramite

alla Commissione Ambulanze

Dipartimento di Prevenzione

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

Oggetto: Istanza di **Autorizzazione all'esercizio di "trasporto di infermi e feriti" (tipo B)**, ovvero trasporto secondario - art. 1, Legge Regionale 15.12.1993, n.27, integrata e modificata dalla L.R. 05.08.1996, n. 17. Autoveicolo per uso speciale (Ambulanza – TIPO B), veicolo-marca _____, targato _____ con numero di telaio _____, da adibire al soccorso di infermi e feriti tipo B (Decreto 17.12.1987 n. 553)

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____ e residente in _____ alla Via _____, civ. _____, in qualità di Legale Rappresentante della Ditta individuale/Società/Associazione/Cooperativa " _____", con sede legale in _____ alla via _____, civ. _____ e sede operativa in _____ alla Via _____ civ. _____, regolarmente iscritto nel registro delle imprese della Provincia di Bari al n. _____ in data _____, C.F. e P. IVA: _____,

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 2 comma 1 della L.R. 27/93, così come modificata dalla L.R. 17/96, il rilascio dell'AUTORIZZAZIONE per il trasporto di infermi e feriti (tipo B), da esercitarsi con Autoveicolo per uso speciale (Ambulanza), veicolo-marca _____, targato _____ con numero di telaio _____, con denominazione " _____".

All'uopo dichiara quanto segue:

a) La Direzione tecnico sanitaria del Servizio è assicurata dal Dott. _____, nato a _____, il _____, residente in _____, alla via _____, civ. _____, in possesso di Diploma di Laurea in _____ ed iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____, al n. _____, e munito dell'attestato di frequenza e superamento di corsi di cui alla lettera b) del comma 6 dell'art. 3 della Legge Regionale 27/93 come modificata dalla L.R. 17/96. Recapito telefonico _____;

b) L'Autoveicolo per uso speciale (Ambulanza), veicolo/marca _____, targato _____ con numero di telaio _____, sarà custodito nei locali deposito ubicati in _____ alla Via _____ civ. _____;

c) Il servizio di trasporto di infermi e feriti sarà svolto sia su richiesta di privati, sia di Enti Pubblici che privati, abilitati all'assistenza sanitaria;

d) Il servizio sarà espletato nelle 24 ore con recapito telefonico - attivazione del trasferimento di chiamata e/o diretto presso la sede legale ed operativa ubicata in _____ alla Via _____ civ. _____ durante le ore lavorative;

e) L'ambulanza ed il locale deposito saranno periodicamente lavati e disinfettati con carattere ordinario e ogni qualvolta avviene il trasporto di pazienti affetti da malattie infettive e diffusive;

f) L'assistenza infermieristica sarà svolta dal Sig. _____, nato a _____, il _____, in possesso di Laurea in Scienze Infermieristiche / Diploma di Infermiere Professionale regolarmente iscritto allo specifico albo professionale ed in possesso di attestato di frequenza e superamento di apposito corso di addestramento alle manovre di primo soccorso – BLSD (lettera a, comma 6, art. 3 della L.R. 27/93 come modificata dalla L.R. 17/96);

g) Il personale addetto a ciascun mezzo di trasporto è costituito da almeno due guidatori, l'incarico di autista sarà svolto da personale in possesso dei requisiti per lo svolgimento delle rispettive mansioni anche con funzioni di soccorritore, autista barelliere o infermiere, tutti in possesso dei titoli e/o attestati abilitanti (patente di guida BK – BLSD – Soccorritori);

h) Il personale infermieristico può essere sostituito da soccorritori con attestato di frequenza e superamento di apposito corso di addestramento alle manovre di primo soccorso (L.R. 27/93 come modificata dalla L.R. 17/96 Art.3 co.7 e co. 6 lettera a,)

i) Le tariffe per il soccorso (tipo B) saranno esposte al pubblico negli uffici della ditta/associazione/cooperativa/società;

Si allega la seguente documentazione accompagnata da Dichiarazione sostitutiva del legale rappresentante secondo le disposizioni normative vigenti:

1. Atto costitutivo e statuto;
2. Certificato iscrizione camera di commercio con la specifica: trasporto infermi e feriti;
3. Iscrizione all'albo regionale (solo per Associazioni di volontariato - onlus);
4. Regolamento disciplinante l'espletamento del servizio (firmato su ogni pagina dal legale rappresentante);
5. Certificato di agibilità e Planimetria in scala 1:100 dei locali della sede operativa e del garage deposito dove è/sono custodita/e l'ambulanza/e, nel caso, l'attestato di destinazione d'uso "Ufficio" qualora l'agibilità riporti destinazione differente da uso ufficio.
6. Documento comprovante la proprietà o la disponibilità (comodato d'uso, affitto, etc.) della sede operativa e del deposito-garage;
7. Carta di circolazione attestante la validità del collaudo (annuale) e relativo certificato di proprietà (foglio complementare) o titolo di disponibilità (leasing, etc.);
8. Elenco del materiale sanitario, delle apparecchiature, delle attrezzature e dei prodotti per periodiche disinfezioni, in dotazione a ciascun mezzo;
9. Elenco del materiale sanitario, delle attrezzature e dei prodotti per lavaggi di carattere ordinario e/o per trasporto pazienti affetti da malattie infettive e diffusive esistenti all'interno della sede operativa e deposito garage;
10. Dichiarazione accettazione incarico del Medico Responsabile – iscrizione all'ordine dei medici – documento di riconoscimento – indicazione tipo di rapporto;
11. Dichiarazione di accettazione dell'incarico dell'infermiere professionale (copia del titolo abilitativo);
12. Elenco del personale Medico – Infermieristico – Addetto alla guida – Ausiliario - Soccorritore con la specifica del tipo di rapporto di impiego –dipendente/libero professionale/occasionale/o di volontariato, con la dichiarazione di ciascuno di accettazione;
13. m)Per le associazioni di volontariato iscritte al relativo albo: Dichiarazione di ciascun volontario, controfirmata dal responsabile dell'Associazione, circa la gratuità del servizio;
14. Titoli professionali di abilitazione di tutto il personale addetto al servizio (patente di guida BK e/o attestato di frequenza a corso per soccorritore – attestato di frequenza e superamento dello specifico corso di addestramento alle manovre di primo soccorso – BLS - comma 7, art. 3 L.R. 17/96);
15. Documentazione idonea a dimostrare l'iscrizione alle assicurazioni sociali del personale a rapporto d'impiego o comunque dipendente;
16. Polizze assicurative per i rischi derivanti da responsabilità civile per danni a terzi, compresi i terzi trasportati, conseguenti alla circolazione ed allo svolgimento dell'attività di soccorso e trasporto estranee alla circolazione stradale, nonché per infortuni al personale addetto alla guida ed al servizio dell'attività di trasporto (lettera r dell'allegato alla circolare regionale del 10.10.1996 – elenco documentazione);
17. Convenzione con la ditta che effettuerà i lavaggi dell'Ambulanza;
18. Convenzione con ditta per lo smaltimento dei rifiuti speciali;

19. Copia del documento di riconoscimento del titolare o legale rappresentante l'impresa o l'Associazione;
20. Attestazione di versamento dei Diritti Sanitari Dipartimento di Prevenzione (€ 127,56) da effettuare tramite il sistema PAGOPA - MyPay. Per generare il modulo di pagamento collegarsi al link <https://mypay.asl.bari.it/Spontaneo.aspx>, compilare la schermata in tutte le sue parti selezionando tra le tipologie di pagamento "Diritti Sanitari Dipartimento di Prevenzione" servizio riferimento "Dipartimento di Prevenzione" e inserendo come causale la dicitura "AMBULANZA TIPO B e numero di TARGA ";

Si porta a conoscenza il seguente numero telefonico: (cellulare) _____

per eventuali comunicazioni.

Confidando in una sollecita e positiva definizione della domanda si inviano distinti saluti.

In Fede

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a :

"Informativa Privacy: i Suoi dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i Suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: dpo@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia all'apposita sezione "Privacy" del sito internet istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>."

In Fede