**Modulo 7/2022**

**DICHIARAZIONE PER LA CONCESSIONE DELL’ACCREDITAMENTO PER SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI**

Il/la sottoscritto/a .................................................................................................................................................

nato/a a ....................................................... il ............................., C.F. ….......................................................

titolare / legale rappresentante di (ditta/società/azienda) denominato/a ...............................................

…..........................................................................................................................................................................

con sede legale in .................................................. (Pr. ...), via/piazza …………………..….............. Nr. …….

C.F. ……………………………………………………. Partita IVA ………………………………………...

telefono ………………………..…………………………

e-mail ………………..…………….…………………………………………………………………………....

PEC ……………………………………………………………………………………………………………..

**Consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445) sotto la propria responsabilità**

**Dichiara**

|  |
| --- |
| * **ai fini della domanda di accreditamento dell’attività di trasporto infermi non in emergenza / urgenza:**
* che la struttura di cui alla presente istanza è autorizzata all’esercizio delle attività di trasporto non in emergenza/urgenza (riportate nel Modulo 2/2022) per almeno una sede, una postazione, 2 ambulanze, rilasciata da un Comune della Regione Emilia-Romagna da almeno 3 anni dalla data di richiesta di accreditamento e ne ha mantenuto i requisiti[[1]](#footnote-2);
* che la struttura ha effettuato il seguente numero di trasporti a mezzo ambulanza con assistito a bordo in uno degli ultimi tre anni a favore di strutture sanitarie, socio-assistenziali pubbliche, private accreditate della Regione:
	+ 1000 se l’autorizzazione sanitaria è stata rilasciata da un Comune inserito in area di Pianura o Collina;
	+ 500 se l’autorizzazione sanitaria è stata rilasciata da un Comune inserito in area di Montagna

come elencato di seguito:- n.... a favore della Casa di Cura Accreditata …...- n.... a favore di ASP....- n.... a favore di CRA ....- n.... a favore di RSA ....- n.... a favore di (altro - specificare) .... |

|  |
| --- |
| * **ai fini della domanda di accreditamento dell’attività di soccorso e trasporto infermi in emergenza / urgenza:**
* che la struttura di cui alla presente istanza è accreditata per il trasporto sanitario non in emergenza/urgenza da almeno 3 anni;
* che la struttura è autorizzata all’esercizio delle attività di trasporto non in emergenza/urgenza (riportate nel Modulo 2/2022) per almeno una sede, una postazione e 2 ambulanze, rilasciata da un Comune della Regione Emilia-Romagna e ne ha mantenuto i requisiti[[2]](#footnote-3);
* che la struttura ha effettuato il seguente numero di trasporti a mezzo ambulanza con assistito a bordo in uno degli ultimi tre anni a favore di strutture sanitarie, socio-assistenziali pubbliche, private accreditate della Regione:
	+ 1000 se l’autorizzazione sanitaria è stata rilasciata da un Comune inserito in area di Pianura o Collina;
	+ 500 se l’autorizzazione sanitaria è stata rilasciata da un Comune inserito in area di Montagna;

come elencato di seguito:- n.... a favore della Casa di Cura Accreditata …...- n.... a favore di ASP....- n.... a favore di CRA ....- n.... a favore di RSA ....- n.... a favore di (altro - specificare) ....* **che la struttura è in grado di garantire lo svolgimento dell’attività in pronta partenza.**
 |

* di assicurare la **formazione** richiesta al personale dipendente e volontario compreso l’aggiornamento in grado di garantire l’attività oggetto di accreditamento

Il/La titolare / legale rappresentante

Data ...................................... Firma Digitale

Solo nel caso non si possegga la firma digitale può essere presentato il formato pdf unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Da allegare:

* elenco del personale sanitario (medici e infermieri) e non sanitario (autisti, soccorritori) *a rapporto d’impiego* con l’indicazione dei titoli professionali posseduti e delle mansioni espletate;
* elenco del personale sanitario (medici e infermieri) e non sanitario (autisti, soccorritori) *volontario* con l’indicazione dei titoli professionali posseduti e delle mansioni espletate;
1. Indicare nel Modulo 2/2022 i riferimenti a tutti gli atti di autorizzazione / comunicazione / presa d’atto vigenti. [↑](#footnote-ref-2)
2. Indicare nel Modulo 2/2022 i riferimenti a tutti gli atti di autorizzazione / comunicazione / presa d’atto vigenti. [↑](#footnote-ref-3)