

Indicare il tipo di convenzione:

Tipologia di Convenzione Estemporanea sottoscritta:	<input type="checkbox"/> Est. Atipica Per particolari condizioni socio-orografiche
--	---

Stazionamento di partenza (P)

La richiesta prevede la realizzazione delle attività di soccorso sanitario di emergenza urgenza in forma estemporanea atipica con **un mezzo di soccorso stazionato** presso (*):

Nome della sede:	_____
Comune di ubicazione:	_____
Via e numero civico:	_____ _____
Telefono di riferimento sede:	_____
e-mail di riferimento sede:	_____
Persona di riferimento sede:	_____
Riferimenti autorizzativi o dichiarativi della sede:	<input type="checkbox"/> Indicare la data di autorizzazione e l'Ente che ha autorizzato la sede. oppure <input type="checkbox"/> indicare la data e/o il protocollo di consegna della SCIA e l'ente a cui è stata comunicata . Data: _____ Ente: _____

	Protocollo SCIA: _____ <input type="checkbox"/> Contraente esente dalla procedura autorizzativa/dichiarativa.
--	---

(*) Il mezzo deve partire dallo stazionamento indicato.

Mezzo utilizzato

Tale convenzione sarà realizzata con il seguente veicolo (**)(**):

Dati veicolo:

Tipologia di veicolo	Marca Veicolo	Modello Veicolo	Targa Veicolo
<input type="checkbox"/> Autoambulanza di tipo A: individuata al 2° comma dell'art. 1 e nell'allegato tecnico al D.M. del Ministero dei Trasporti n. 553/87; <input type="checkbox"/> Autoambulanza di tipo A ₁ : individuata nel D.M. del Ministero dei Trasporti e della Navigazione n. 487/97.	_____	_____	_____

(**) Compilare la parte relativa ai dati del veicolo utilizzato e allegare la carta di circolazione e la SCIA di attivazione mezzo inviata alla ATS di competenza.

(***) Non è possibile presentare la richiesta senza indicare un mezzo

Modalità di espletamento del servizio

a) Personale a bordo

Numero di operatori minimi presenti a bordo (escluso il personale in addestramento):	<input type="text"/> _3_ soccorritori certificati, comprensivo di autista soccorritore.
---	---

b) Copertura oraria della convenzione

Mesi coperti dal servizio:	Nei mesi (*): <input type="checkbox"/> Gennaio, <input type="checkbox"/> Febbraio, <input type="checkbox"/> Marzo, <input type="checkbox"/> Aprile, <input type="checkbox"/> Maggio, <input type="checkbox"/> Giugno, <input type="checkbox"/> Luglio, <input type="checkbox"/> Agosto, <input type="checkbox"/> Settembre, <input type="checkbox"/> Ottobre, <input type="checkbox"/> Novembre, <input type="checkbox"/> Dicembre (*) Inserire una X per ogni mese di operatività.
Disponibilità di <u>un mezzo</u> di soccorso (Ore di presenza minime mensili nel periodo di operatività):	Almeno 32 (trentadue) Ore mese.
Disponibilità del mezzo garantita:	<input type="checkbox"/> Lunedì Orari : _____ <input type="checkbox"/> Martedì Orari : _____

	<input type="checkbox"/> Mercoledì Orari : _____ <input type="checkbox"/> Giovedì Orari : _____ <input type="checkbox"/> Venerdì Orari : _____ <input type="checkbox"/> Sabato Orari : _____ <input type="checkbox"/> Domenica Orari : _____ <input type="checkbox"/> Giorni Pari <input type="checkbox"/> Giorni Dispari <input type="checkbox"/> Giorni alterni <input type="checkbox"/> Settimana Pari <input type="checkbox"/> Settimana Dispari <input type="checkbox"/> Settimana alternata
Reperibilità del servizio:	<input type="checkbox"/> Si diurna <input type="checkbox"/> Si notturna <input type="checkbox"/> Sulle 24 ore Reperibili tramite cellulari forniti da AREU
Tempi di uscita per codici non urgenti “verde” e “bianco”: (Se il servizio è in reperibilità e sono ammessi i seguenti tempi di attivazione)	entro cinque minuti nella fascia oraria compresa tra le ore 06.00 e le ore 23.59, entro sei minuti nella fascia oraria compresa tra le ore 00.00 e le ore 05.59;
Tempi di uscita per codici urgenti “giallo” e “rosso”: (Se il servizio è in reperibilità e sono ammessi i seguenti tempi di attivazione)	entro quattro minuti nella fascia oraria compresa tra le ore 06.00 e le ore 23.59, entro cinque minuti nella fascia oraria compresa tra le ore 00.00 e le ore 05.59.
Garanzie fidejussorie/assicurativa/bancaria:	Euro 500

c) Dotazioni strumentali specifiche richieste dalla Convenzione (oltre quanto previsto dal Documento 37 di AREU):

d) Note e precisazioni della configurazione della Convenzione:

Motivazioni della richiesta

La convenzione estemporanea “ATIPICA” si applica in particolari condizioni socio orografiche deroga ai requisiti minimi previsti per la convenzione estemporanea standard (vedi le specifiche sopra riportate).

La tipologia di servizio richiesto verrà **validata preventivamente da AREU**.

In particolar modo si chiede di attivare questa convenzione in quanto:

☐ Il territorio coperto dalla convenzione estemporanea atipica, ha una densità

abitativa molto bassa e il numero di missione per emergenza urgenza storicizzato è molto esiguo.

|__| Il territorio è in un ambito prevalentemente montano con lunghi tempi di percorrenza.

Per l'OdV/La Cooperativa /La Società

il Legale Rappresentante p.t. _____