

## Allegato n°1

### “ DICHIARAZIONE D’IMPEGNO ”

\_\_\_\_\_ (inserire denominazione soggetto), con sede in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_, Cod. Fisc. e P. IVA \_\_\_\_\_, in atto rappresentato dal Sig./Dr. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_, in qualità di legale rappresentante *pro-tempore*

**SI IMPEGNA A METTERE EVENTUALMENTE A DISPOSIZIONE QUALE/I MEZZO/I AGGIUNTIVO/I A DUE SOCCORRITORI NELL’AMBITO DEL SERVIZIO NEL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI DELL’AVVISO DI MANIFESTAZIONE D’INTERESSE RIPORTATE NELL’ART. 5**

Il/I veicoli messi a disposizione a seguito di sottoscrizione del contratto sono:

**Dati veicolo/i inserire quelli proposti:**

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 <sub>1</sub> : individuata nel D.M. del Ministero dei Trasporti e della Navigazione n. 487/97.	_____	_____	_____
<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 <sub>1</sub> : individuata nel D.M. del Ministero dei Trasporti e della Navigazione n. 487/97.	_____	_____	_____
<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 <sub>1</sub> : 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.

**SEDE OPERATIVA (PUNTO DI RIFERIMENTO PER DEFINIRE L'AREA GEOGRAFICA PROVINCIALE)**

<b>Nome della sede:</b>	_____
<b>Comune di ubicazione:</b>	_____
<b>Via e numero civico:</b>	_____
<b>Telefono di riferimento sede:</b>	_____
<b>e-mail di riferimento sede:</b>	_____
<b>Persona di riferimento sede:</b>	_____
<b>Riferimenti autorizzativi o dichiarativi della sede:</b>	<p> __  Indicare la data di autorizzazione e l'Ente che ha autorizzato la sede.</p> <p>oppure</p> <p> __  indicare la data e/o il protocollo di consegna della SCIA e l'ente a cui è stata comunicata.</p> <p><b>Data:</b> _____</p> <p><b>Ente:</b> _____</p> <p><b>Protocollo SCIA:</b> _____</p> <p> __  Contraente esente dalla procedura autorizzativa/dichiarativa.</p>

**DISPONIBILITA' ORARIA (barrare il livello di disponibilità più elevato che si è in grado di fornire)**

- ☐ H8\* MINIMA  
☐ H12  
☐ H24

Attenzione in mancanza di una dichiarazione di disponibilità oraria l'istanza non potrà essere accettata e quindi inserita nell'elenco.

Data \_\_\_\_\_

Per l'OdV/La Cooperativa /La Società  
il Legale Rappresentante p.t. \_\_\_\_\_