

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 per la provincia di _____ (**FARE UN ALLEGATO 1 PER SINGOLA PROVINCIA**) sono:

NB Inserire i riferimenti di tutte le Odv di cui ci si avvale per la provincia interessata indicando per ciascuna, come di seguito riportato; la denominazione – i dati del veicolo/i – dati della sede operativa e la disponibilità oraria

Indicare la denominazione dell’Odv di cui si avvale

1 _____

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 ₁ : 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 ₁ : 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; __ Autoambulanza di tipo A1: 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)

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:	<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>Data: _____</p> <p>Ente: _____</p> <p>Protocollo SCIA: _____</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.

Indicare la denominazione dell'OdV di cui si avvale

2

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 A1: individuata nel D.M. del Ministero dei Trasporti e della Navigazione n. 487/97.	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<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 A1: individuata nel D.M. del Ministero dei Trasporti e della Navigazione n. 487/97.	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<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 A1: individuata nel D.M. del Ministero dei Trasporti e della Navigazione n. 487/97.	<hr/>	<hr/>	<hr/>

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)

Nome della sede:	<hr/>
Comune di ubicazione:	<hr/>
Via e numero civico:	<hr/>
Telefono di riferimento sede:	<hr/>
e-mail di riferimento sede:	<hr/>
Persona di riferimento sede:	<hr/>

Riferimenti autorizzativi o dichiarativi della sede:	<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>Data: _____</p> <p>Ente: _____</p> <p>Protocollo SCIA: _____</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 la Rete/articolazione di rete appositamente delegata
il Legale Rappresentante p.t. _____