

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Direttore Dott.ssa Donatella Varrenti
Piazza Vescovile, 4 – Albano Laziale (RM)
Tel. 06/93275330 – Fax 06/93274476

Direttore Generale
ASL RMH
Borgo Garibaldi, 12
00041 - Albano Laziale (RM)
servizio.protocollo@pec.aslromah.it

E p.c. Regione Lazio
Direzione Regionale Salute e
Integrazione Sociosanitaria
Area Autorizzazione ed Accreditamento
Via R. Raimondi Garibaldi, 7
00145 - Roma
salute@regione.lazio.legalmail.it

TRASPORTO INFERMI – MOD. 3-TI

Richiesta di variazione della sede operativa

Il sottoscritto/a
nato/a a il
legale rappresentante della società
con sede legale in
recapiti (tel – fax - mail)

chiede

ai sensi della L.R. n. 49 del 17/07/1989 e del D.C.A. n. 90 del 10/11/2010, la modifica della sede operativa del Servizio di Trasporto Infermi, autorizzato con
rilasciato da n del
indirizzo precedente sede operativa
indirizzo nuova sede operativa
recapiti (tel – fax - mail)
la precedente sede operativa era situata nel territorio della ASL

Si allega la seguente documentazione (barrare le voci corrispondenti):

- tre planimetrie dei locali della *sede operativa* in scala 1:100 con 2 sezioni idonee a raffigurare anche eventuali diversità di altezza, datate e firmate dal richiedente (Legale Rappresentante) e da un professionista abilitato; le piantine planimetriche dovranno essere quindi di recente redazione e recare sul frontespizio il tipo di autorizzazione, la tipologia dell'attività, la denominazione e la ragione sociale del richiedente, la via, il numero civico, piano ed interno dell'insediamento, la superficie totale; per ogni singolo ambiente andranno riportati l'uso, la superficie e la cubatura totale, l'altezza, la superficie delle fenestrate, distinguendo quelle fisse da quelle apribili, eventuali attrezzature installate;
- ricevuta del versamento su c/c postale n. 20633020 intestato ad ASL RM H Albano Laziale – Servizio di Igiene e Sanità Pubblica – oppure su c/c bancario IBAN IT 97 0 02008 38864 000400007355 indicando come causale "CENTRO COSTO 042017010... - SISP/H... - Modifica sede operativa Servizio Trasporto Infermi"¹ riportando gli estremi della società. L'importo deve essere calcolato come segue: per sede operativa fino a 50 mq, versamento di € 176,00. Per ogni 25 mq in più o frazioni aggiungere € 10,33.

Data ___ / ___ / ____

Il Legale Rappresentante

¹ Il centro di costo è deducibile nel file "Nota informativa".