

**Amministrazione destinataria**

Regione Liguria

**Ufficio destinatario**

Ufficio Protocollo

**Comunicazione di cessazione dell'attività di trasporto sanitario dei pazienti****Il sottoscritto**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
---------	------	----------------	--

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
-----------------	-------	------------------	--------------	--

Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
-----------	-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
--------------------	----------------	-----------------------------	--	-------------------------------	--

**in qualità di** (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

Ruolo	Tipologia	
-------	-----------	--

Denominazione/Ragione sociale	Tipologia	
-------------------------------	-----------	--

Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
-------------	-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

Codice Fiscale	Partita IVA	
----------------	-------------	--

Telefono	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
----------	-----------------------------	--	-------------------------------	--

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione	
--	-----------	-------------------	--

Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)	Provincia	Numero iscrizione	
---	-----------	-------------------	--

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

**COMUNICA**

la cessazione dell'attività di trasporto sanitario di pazienti

**in precedenza autorizzato tramite autorizzazione**

Numero	Data	Ente di riferimento

**per la seguente motivazione**

Motivazione

A far tempo dal giorno **A seguito delle cessazioni indicate, nella suddetta sede operativa**

 **referente per la pratica**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

il dichiarante