

**Modulo iscrizione all'elenco Organizzazioni che effettuano il trasporto dalla propria abitazione ai centri dialisi dei cittadini residenti nel territorio A.S.L. Roma 3**

All. A

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di Titolare/Legale Rappresentante della

\_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci la falsità negli atti e l'uso di atti falsi (anche originali e copie autenticate), ai sensi degli articoli 75e 76 del D.P.R. 445/2000, nonché del D.P.R. n. 445/2000, nei casi previsti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia che comportano la decadenza dall' Albo de codice penale e delle leggi speciali in materia che comportano la decadenza dall' Albo, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

**DICHIARA**

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ N. FAX. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

SEDE AMMINISTRATIVA (se diversa) \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ N. FAX. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

REFERENTE DEL SERVIZIO \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ N. FAX. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**RAPPRESENTATI O PROCURATORI LEGALI**

\_\_\_\_\_  
; \_\_\_\_\_  
Cognome e nome – qualifica

\_\_\_\_\_  
; \_\_\_\_\_  
Cognome e nome – qualifica

\_\_\_\_\_  
; \_\_\_\_\_  
Cognome e nome – qualifica

**INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE**

PARTITA I.V.A. \_\_\_\_\_

**Modulo iscrizione all'elenco Organizzazioni che effettuano il trasporto dalla propria abitazione ai centri dialisi dei cittadini residenti nel territorio A.S.L. Roma 3**

All. A

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE / C.C.A.A. (numero e data d'iscrizione);

---

---

ISCRIZIONE ALBO REGIONE LAZIO (numero e data d'iscrizione);

---

**INFORMAZIONI ECONOMICHE/FINANZIARIE**

<b>FATTURATO E CAPITALE SOCIALE</b>	<b>Fatturato</b>	<b>Capitale Sociale</b>
Ultimo "Bilancio d'Esercizio" approvato anno 20 _____		
Penultimo "Bilancio d'Esercizio" approvato anno 20 _____		

**PERSONALE IMPIEGATO**

<b>N° Dirigenti</b>	<b>N° Impiegati</b>	<b>N° Operai</b>	<b>TOTALE</b>

**PRINCIPALI LINEE DI PRODOTTO O ATTIVITA'** (vedi albo fornitori con relativi gruppi merceologici)

---

---

**CATEGORIA DI APPARTENENZA** (se più di una, definire per quali linee di prodotto)

Produzione (specificare se industriale o artigianale) \_\_\_\_\_

Commercio (specificare se ingrosso o dettaglio) \_\_\_\_\_

Servizi \_\_\_\_\_ Altre \_\_\_\_\_

**EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI**

---

---

---

**Modulo iscrizione all'elenco Organizzazioni che effettuano il trasporto dalla propria abitazione ai centri dialisi dei cittadini residenti nel territorio A.S.L. Roma 3**

All. A

**CHIEDE**

Di essere iscritto all'elenco dell'ASL Roma 3 di cui al D.C.A. n° U00441/2014 "Disposizioni in materia di nefropatie e dialisi, di contributi per spese di trasporto e prestazioni dialitiche".

Firma del titolare Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

Allega al presente modulo:

- copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del firmatario;
- certificato della Camera di Commercio contenente la dicitura "antimafia" e comprensiva della dichiarazione di vigenza dell'impresa .

Si esprime il consenso al trattamento dei dati della Cooperativa e delle persone fisiche interessate effettuato dalla Regione Lazio ai sensi del D.lgs. n. 96/2003 (tutela della "privacy").

I dati dell'impresa e quelli personali saranno utilizzati da questa Amministrazione per la gestione dell'iscrizione. Essi verranno trattati con mezzi informatici e potranno essere a termini di legge, da Voi consultati, modificati, integrati o cancellati (D.lgs. n. 196/2003)

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro dell'Impresa Firma del Legale rappresentante