



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Allegato n. 2 alla Delib.G.R. n. 40/2 del 6.7.2016

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI AMBULANZA DA UTILIZZARE  
ESCLUSIVAMENTE COME MEZZO "DI NORMALE USO" PER IL SERVIZIO 118**

All'Assessorato Regionale dell'Igiene  
e Sanità e dell'Assistenza Sociale  
Via Roma, 223  
CAGLIARI

Il/la sottoscritto/a .....nato/a il.....  
a ..... Legale Rappresentante dell'Associazione di Volontariato  
.....  
con sede nel Comune di.....  
Via.....n°.....CAP.....Codice  
Fiscale.....Tel. ....  
Cell. (obbligatorio) ..... Fax .....  
e-mail.....

**C H I E D E**

a nome e per conto dell'Associazione di volontariato che rappresenta, la concessione, ai sensi della L.R. n. 11/1988, art. 118, di un contributo per l'anno **2016**, per l'acquisto di ambulanza da utilizzare esclusivamente come mezzo "di normale uso" per il servizio 118.

A tal fine, il sottoscritto Legale Rappresentante dichiara:

- che l'Associazione è iscritta al n° .....in data.....del Registro Regionale del Volontariato nel **settore sociale - sezione sanità**  **assistenza sociale**
- di essere in possesso dei requisiti di ammissibilità previsti dall'art. 3 della L. R. n° 39/1993;
- di utilizzare il bene strumentale, per il quale si chiede il contributo, esclusivamente per le finalità sopra dichiarate per almeno cinque anni dalla data del contratto di acquisto o dalla data di sottoscrizione del contratto di leasing;



**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- di impegnarsi a non procedere alla alienazione o donazione del bene acquistato con il contributo senza la preventiva autorizzazione dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale;
- di essere in possesso di una sola ambulanza adibita come mezzo di "normale uso" per il servizio 118.
  - ✓ anno di immatricolazione (\*): \_\_\_\_\_
  - ✓ Km percorsi alla data di presentazione della domanda (come da ultimo rapportino di servizio che dovrà essere obbligatoriamente allegato alla presente, pena esclusione)  
\_\_\_\_\_
- di svolgere n° \_\_\_\_\_ ore di servizio attivo in convenzione.
- di **non aver**  **di aver**  beneficiato di contributi regionali per l'acquisto dell'ambulanza di cui al punto precedente. Se sì, indicare l'anno \_\_\_\_\_.
- di **non aver**  **di aver**  beneficiato di contributi regionali negli ultimi **dieci anni** per l'acquisto di ambulanza (anche per uso diverso dal servizio 118). Se sì, indicare l'anno \_\_\_\_\_.
- di **non aver mai** beneficiato di contributi regionali per l'acquisto di una ambulanza.

(\*) *In caso di utilizzo del mezzo con immatricolazione antecedente all'anno 2010, alla domanda deve essere allegata l'autorizzazione rilasciata dalla ASL di appartenenza e/o dalla Centrale Operativa 118, pena esclusione.*

Data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

Allegati:

- Copia del documento di identità del Legale Rappresentante
- Copia dell'ultimo rapportino di servizio attestante i km percorsi al momento della presentazione della domanda