

**SOLICITUD DE OBTENCIÓN DE CERTIFICACIÓN TÉCNICO- SANITARIA DE VEHÍCULOS DE
TRANSPORTE SANITARIO POR CARRETERA**

DATOS DEL SOLICITANTE

D/D ^a		
DNI:	Titular <input type="checkbox"/> / representante legal <input type="checkbox"/> (marque lo que corresponda)	
Dirección:		C. postal:
Localidad:	Teléfono:	Correo electrónico:

DATOS DEL VEHÍCULO

Tipo:		<input type="checkbox"/> Ambulancia asistencial SAMU
<input type="checkbox"/> Ambulancia asistencial de SVAvanzado		<input type="checkbox"/> Ambulancia asistencial SAMU - UCI
<input type="checkbox"/> Ambulancia asistencial de SVBasico		<input type="checkbox"/> Ambulancia no asistencial (De 1 a 6 pacientes)
Matricula:	Fecha de matriculación:	Nº Bastidor:
Marca:	Modelo:	Nº de pacientes:
Fecha última revisión ITV:	Fecha del permiso de circulación:	

EMPRESA

Nombre:	NIF/ CIF:	
Domicilio:	C. Postal:	
Localidad:	Teléfono:	Correo electrónico:

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (originales o copias compulsadas).

<input type="checkbox"/> NIF solicitante, CIF de la empresa
<input type="checkbox"/> Tarjeta de inspección técnica del vehículo
<input type="checkbox"/> Permiso de circulación del vehículo
<input type="checkbox"/> Relación del personal que preste servicio en los vehículos, con justificación de su titulación, formación, dedicación, actualizada anualmente a día 30 de junio
<input type="checkbox"/> Tasa

Autorizo al Gobierno de Navarra a recabar de otras Administraciones Públicas los datos de DNI y titulación necesarios para la tramitación y resolución del expediente.

Fecha

Firma del solicitante