



Regione Abruzzo - **Azienda Sanitaria Locale 02 - Lanciano Vasto Chieti**

Via dei Vestini snc - 66100 Chieti - P.I. 02307130696

Dipartimento di Prevenzione - Servizi Veterinari - **Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche**

Direttore: Dr. Giuseppe Torzi

Sede di Castel Frentano:

Via G. Matteotti, n. 7

Tel. 0872 569681 - Fax 0872 56361

Email: igieneallevamenti.lanciano@asl2abruzzo.it

Pec: igieneallevamenti.lanciano@pec.asl2abruzzo.it

Sede di Vasto:

Via Marco Polo, n. 55

Tel. 0873 308691 - Fax 0873 308627

Email: igieneallevamenti.vasto@asl2abruzzo.it

Pec: igieneallevamenti.vasto@pec.asl2abruzzo.it

Sede Operativa di Castiglione Messer Marino (CH)

Via A. Moro (c/o Distretto Sanitario) Tel. 0873 978440

Sede di Chieti:

Via Nicolini, n. 11 (ex Pediatrico)

Tel. 0871 357512 - Fax 0871 357513

Email: igieneallevamenti.chieti@asl2abruzzo.it

Pec: igieneallevamenti.chieti@pec.asl2abruzzo.it

Sede Operativa di Guardigrele (CH)

Via Marrucina (c/o Ospedale) Tel./Fax 0871 899390

MODELLO 11

Prot. _____ del _____

Al Sig. SINDACO

del Comune di _____

per il tramite SUAP _____

Via _____

Comune di _____ **(CH)**

Oggetto: richiesta Autorizzazione Sanitaria per:

- ☐ **Studio Veterinario**
- ☐ **Ambulatorio Veterinario**
- ☐ **Clinica Veterinaria**
- ☐ **Ospedale Veterinario**
- ☐ **Laboratorio Veterinario di analisi**

Il sottoscritto Dr.:	
Nato a:	
Il:	
Residente nel Comune di:	
Via:	
N. di Iscrizione Ordine dei Medici Veterinari	
Prov di _____	
P.IVA / COD. FISC.:	
Tel.:	
Fax:	
Cellulare:	
Email:	

CHIEDE

il rilascio della Autorizzazione Sanitaria, ai sensi dell'Art. 193 del R.D. 27/07/1934 n. 1265, per

- ☐ **Studio Veterinario**
- ☐ **Ambulatorio Veterinario**
- ☐ **Clinica Veterinaria**
- ☐ **Ospedale Veterinario**
- ☐ **Laboratorio Veterinario di analisi**

La struttura sanitaria, denominata _____, è sita in via _____
_____ nel Comune di _____.

Lat. _____ Long. _____

Si dichiara che i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi della suddetta struttura sanitaria sono conformi a quanto disposto dal D.G.R. n. 750 del 30 luglio 2007.

A tal fine allega:

- ☐ Planimetria dei locali in scala 1: 100;
- ☐ Relazione tecnico descrittiva dei locali e delle attività che vi vengono svolte;
- ☐ Certificato di agibilità e destinazione d'uso;
- ☐ Dichiarazione di accettazione del Medico Veterinario che funge da Direttore Sanitario;
- ☐ Certificato di iscrizione all'Albo dei Medici Veterinari della Provincia o eventuale dichiarazione sostitutiva di dichiarazione;
- ☐ Convenzione con ditta specializzata per lo smaltimento dei rifiuti sanitari speciali;
- ☐ Dichiarazione conformità apparecchiatura RX

_____ li _____

Il Richiedente

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che il trattamento dei dati personali da lei forniti con il presente modulo, obbligatori per avviare il procedimento, è finalizzato esclusivamente all'espletamento del procedimento per il quale sono richiesti. Il trattamento potrà avvenire con modalità sia manuale che elettronica, i dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici coinvolti nel procedimento nei casi consentiti dalla normativa vigente. Il titolare del trattamento è l'Azienda USL di Ferrara nella persona del suo rappresentante pro tempore. Il responsabile del trattamento è il Direttore del Dipartimento Sanità Pubblica al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti ai sensi dell'art. 7 D.lgs 196/2003.