



MODELLO 1

Al Servizio di Igiene degli Allevamenti e
Produzione Zootecniche della

ASL di

E, PC Al Dipartimento per la Salute e il Welfare
SERVIZIO DI SANITA' VETERINARIA E
SICUREZZA DEGLI ALIMENTI
VIA CONTE DI RUVO, 74
PESCARA

MODELLO PER DOMANDA ISCRIZIONE ALL' ELENCO REGIONALE DA PARTE DEI CENTRI SPECIALIZZATI/STRUTTURE NON SPECIALIZZATE CHE EROGANO IAA

Con la presente la/il sottoscritto:

nome e cognome _____

nata/o il __/__/____/

a _____ prov _____

residente

a _____ via/P.zza/Loc _____ n° _____

CF/P.IVA _____ C.I n° _____

Recapito telefonico _____ e mail _____

In qualità di legale rappresentante del Centro specializzato/struttura non specializzata:

nome per esteso _____ sigla _____

C.F./P.IVA _____ n° iscrizione Camera di Commercio _____

Sede legale a _____ via/P.zza/Loc _____ n° _____

Recapito telefonico _____ cell _____ e mail _____

Pec _____ sito web _____

Sede operativa

a _____ Via/P.zza/Loc _____ n° _____

(Allegare planimetria dettagliata con destinazione d'uso dei locali)

CHIEDE

L'iscrizione all'elenco regionale dei centri specializzati/strutture non specializzate che erogano Interventi Assistiti con gli Animali (IAA). Comunica altresì che la Struttura:

- è operante con/senza animali residenziali, in possesso del NULLA OSTA rilasciato dal competente Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e P.Z. della ASL di _____
in conformità alle Linee guida di cui all'ASR n. 60 del 25.03.2015 (art. 7 b) in regola con tutte le norme amministrative, edilizie, sanitarie vigenti ed in possesso dei requisiti previsti dal Capitolo 5 delle L.Guida, Paragrafo 5.2 per le strutture non specializzate.
- è operante con/senza animali residenziali (in regola con tutte le norme amministrative, edilizie, sanitarie vigenti, non in possesso del NULLA OSTA per cui si impegna ai sensi dell'art. 10, comma 2, ad adeguarsi entro 24 mesi a quanto previsto ai sensi degli art.li (5b), (7°,b,e,f), (8, comma 1) di cui all'Accordo Stato Regioni n. 60 del 25.03.2015 ed al Capitolo 5.1 delle allegato Linee Guida, Capitolo per le strutture non specializzate.
- Vengono svolte le seguenti IAA: ☐ AAA ☐ EAA ☐ TAA
- **Le figure Professionali/operanti coinvolti** ai sensi dell'art. 3 Capitolo 4 dell'ASR (equipe multidisciplinare) sono: **(si allegano curriculum vitae) N.B. tutti i componenti dell'Equipe devono avere una specifica formazione e l'attestazione di idoneità relativa agli IAA di cui al Capitolo 9 delle L.G**

a) Medico veterinario comportamentista esperto in IAA(previsto per TAA,EAA,AAA)

b) Coadiutore dell'animale previsto dall'ASR e se di specie diversa con valutazione da parte di Organismo riconosciuto (previsto per TAA, EAA, AAA):

1. _____ n° iscrizione elenco regionale _____
2. _____ n° iscrizione elenco regionale _____
3. _____ n° iscrizione elenco regionale _____
4. _____ n° iscrizione elenco regionale _____
5. _____ n° iscrizione elenco regionale _____

c) Resp. Di progetto (previsto per TAA, EAA) n° iscrizione elenco regionale _____

d) Ref. d'intervento(previsto per TAA, EAA) n° iscrizione elenco regionale _____

e) Resp. d'attività (solo per AAA più a) e b) n° iscrizione elenco regionale _____

PER I CENTRI SPECIALIZZATI E PER STRUTTURE NON SPECIALIZZATE CON ANIMALI RESIDENZIALI:

1. Responsabile del Centro
2. Figure professionali sanitarie e non e operatori formati in numero adeguato in relazione ai progetti
3. Direttore sanitario veterinario, responsabile del benessere animale e operatori formati per accudire gli animali

PER I CENTRI SPECIALIZZATI E PER STRUTTURE NON SPECIALIZZATE CON ANIMALI NON RESIDENZIALI:

1. PRESENZA DI PROCEDURE OPERATIVE VOLTE A GARANTIRE LA SICUREZZA DI UTENTI NONCHE' LA TUTELA E DEL BENESSERE ANIMALE

2. PRESENZA DEI REQUISITI RELATIVI ALLE “AREE PER L’EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI” DI CUI AL PARAGRAFO 5.1 DELLE L.G.

SPECIE ANIMALI COINVOLTE E NUMERO:

CANI

NOME	MICROCHIP ANAGRAFICO	

GATTI

NOME	MICROCHIP ANAGRAFICO	

EQUIDI (cavalli o asini)

NOME	MICROCHIP ANAGRAFICO	

CONIGLI

NOME	MICROCHIP ANAGRAFICO	

Luogo e data

Firma leggibile e timbro