

## DISPOSIZIONI REGIONALI ATTUATIVE DELL'ACCORDO 60/CSR del 25 marzo 2015

### EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

I singoli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) ed in particolare le Terapie Assistite con gli Animali (TAA) e l' Educazione Assistita con gli Animali (EAA) prevedono esplicitamente la presenza ed il coinvolgimento di un'équipe multidisciplinare, di cui al capitolo 4 delle Linee Guida (CSR n. 60 del 25.03.2015) che lavora in stretta collaborazione e si diversifica in base agli ambiti ed agli obiettivi di intervento ed alle specifiche esigenze del paziente/utente e dell'animale coinvolto. (Vedi allegato A "CAPITOLO 4. EQUIPE MULTIDISCIPLINARE").

L'équipe è composta da:

1. Medico veterinario esperto in IAA
2. Coadiutore dell'animale formato

Alle figure sopra spedicate si aggiungono di volta in volta:

- Figure previste per TAA (Responsabili del progetto, Referenti dell'intervento)
- Figure previste per le EAA (Responsabile del progetto e figura professionale)
- Figure previste per le AAA (Responsabile di attività)

**Alle figure sanitarie ed agli operatori, sono tenuti a:**

- Aver acquisito il titolo formativo previsto dal Capitolo 9 delle linee guida sopra citate
- Aver superato il 21 anno d'età,
- non essere nelle condizioni di cui all'art.28 c.p. – Interdizione dai pubblici uffici,
- non aver riportato negli ultimi 5 anni condanna passata in giudicato, per il reato di cui all'art. 727 del c.p. o all'art.544 del titolo IX bis c.p.,
- Essere in possesso del diploma di istruzione secondaria
- non essere sottoposto a misure di prevenzione personale o od a misure di sicurezza personale,
- aver stipulato una polizza assicurativa per responsabilità professionale,
- aver stipulato una polizza assicurativa a copertura di danni per lesioni personali causati dagli animali coinvolti nelle IAA.

### ANIMALI COINVOLTI NELLE IAA

In nessun caso agli animali dovranno essere applicati metodi coercitivi (nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 7 della Convenzione europea per la protezione degli animali da compagnia ratificata con la legge 201/2010).

L'educazione ed il percorso formativo dell'animale deve essere improntato ad incentivare la pro-socialità, la collaborazione con il coadiutore durante l'intervento e la motivazione all'attività.



Il Medico Veterinario, sulla base del monitoraggio dello stato di salute e di benessere psicofisico dell'animale, definisce la frequenza massima delle sedute, le modalità e i tempi d'impiego di ogni animale per seduta.

Si riportano di seguito delle tempistiche puramente indicative, lasciando all'équipe multidisciplinare (soprattutto al medico veterinario) di adattarle alle diverse situazioni, in quanto vi sono molte variabili legate alla specie, al soggetto, al tipo di intervento, al numero di utenti trattati e alle loro patologie ecc.: massimo un'ora per intervento, non più di due interventi/die e non più tre volte a settimana.

**Potranno essere impiegati nelle IAA solo gli animali appartenenti alle seguenti specie domestiche:**

cane, gatto, cavallo, asino, coniglio,

a condizione che siano appositamente preparati e sottoposti a valutazione sanitaria e comportamentale conformemente alle Linee Guida. Per l'ulteriore impiego di altre specie, occorre l'autorizzazione dell'Autorità Competente (Centro di Referenza per gli Interventi Assistiti con gli Animali C/O l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie (CRN IAA) ed il Ministero della Salute).

L'Equipe multidisciplinare facente parte di ogni singola IAA valuterà gli animali da impiegare nel rispetto di quanto previsto dal capitolo 8 delle Linee Guida.

In particolare non è consentito l'impiego di animali che abbiano un'anamnesi di abbandono e/o maltrattamento recenti, ivi compresi quelli ospitati nei canili o rifugi, a meno che non seguano un percorso di rieducazione e socializzazione coordinato da un Medico Veterinario esperto in comportamento animale (ai sensi del D.M. 26/11/2009)

Gli animali coinvolti devono essere adulti e le femmine non possono essere impiegate durante la fase estrale, la lattazione o lo stato di gravidanza avanzata (in conformità al Reg. CE 1/2005).

Agli animali che, per qualsiasi motivo legato all'età o alle loro condizioni di salute, non sono più impiegati negli IAA, deve essere garantita una adeguata condizione di vita.

## FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Si rimanda all'Allegato A (CAPITOLO 9. LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI) e per i contenuti specifici alle Linee Guida.

Le segreterie scientifiche degli Enti accreditati per i corsi di formazione sono tenute ad acquisire il parere consultivo del CRN IAA, e valuteranno i programmi formativi completati e l'esperienza maturata dalle figure professionali e dagli operatori che già sono in attività al fine del conseguimento dell'idoneità.

Restano ferme le indicazioni previste dal capitolo 9.4 delle Linee Guida (disposizioni transitorie).

## ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE DI FORMAZIONE

La formazione è erogata oltre che dal CRN IAA e dall'Istituto Superiore di Sanità, anche da Enti Pubblici o privati accreditati dalla Regione. Tali Enti, acquisiscono l'accreditamento per la realizzazione di attività formative, presentando apposita domanda alla Struttura Competente del Dipartimento per la salute ed il welfare. Il modello, reperibile sulla pagina internet del sito regionale deve essere compilato in bollo ed inviato alla Struttura Competente della Regione Abruzzo mediante il SUAP territoriale, allegando la documentazione richiesta e le relative attestazioni garantendo il rispetto dei seguenti requisiti:

1. **Disporre di una sede operativa sul territorio regionale** e di spazi didattici conformi alle vigenti regole in materia di sicurezza, e devono essere in regola con le norme vigenti (Amministrative, sanitarie, edilizie etc.). la struttura sarà sottoposta a sopralluogo / Audit a cura del Servizio Veterinario di Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti della Regione Abruzzo nell'ambito del piano annuale di controllo.
2. **curriculum vitae professionale dei docenti** attestante le evidenze biografiche significative, **intese** come presentazione cronologica delle esperienze (educative e formative; professionali e non



professionali) valutate dal soggetto richiedente l'accreditamento rilevanti ai fini dell'acquisizione di competenze, legate allo specifico ambito della formazione e non;

3. **mantenere un archivio dei curricula vitae** delle risorse professionali appartenenti al nucleo stabile del soggetto in accreditamento, di cui va garantito l'aggiornamento;
4. **atto di costituzione e statuto vigente**, attestante tra gli obiettivi societari quello della formazione;
5. **procedure documentate per la progettazione** di massima e per la progettazione di dettaglio degli interventi formativi;
6. **procedura di erogazione degli interventi formativi**, monitoraggio e valutazione di apprendimenti ed esiti; Strumento di valutazione della "Soddisfazione dei beneficiari diretti";
7. **fornire gli esiti della valutazione** della "Soddisfazione dei beneficiari diretti"
8. **avere completato da parte dei propri docenti l'iter formativo specifico** sulla base dei requisiti stabiliti dalle Linee Guida per gli IAA;
9. **attuare le attività formative conformemente agli standard di durata e contenuto** previsti dalle Linee Guida per gli IAA;
10. **Nominare un responsabile didattico per ciascun corso** che faccia da riferimento per l'autorità regionale;
11. **Accettare il controllo e la vigilanza della Regione** sullo svolgimento dei corsi e garantire l'accesso alla Regione;
12. **Dichiarazione del legale rappresentante attestante:**

a) di non aver riportato condanne passate in giudicato per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale, nonché per reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, associazione di tipo mafioso L.575/65 (e successive modificazioni e integrazioni), di corruzione, di frode, di riciclaggio;

b) di non aver riportato condanne per reati di natura amministrativo-finanziario o fallimentare;

c) di non aver riportato condanne penali passate in giudicato che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;

d) di essere a conoscenza della sospensione della condizione di accreditamento derivante dall'accertamento delle eventuali non conformità, nonché della decadenza, ai sensi dell'art. 75 del DPR 28/12/2000 n. 445, dei benefici eventualmente ottenuti.

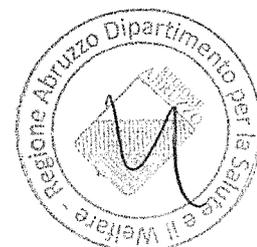
d) Allegare ricevuta di pagamento della tariffa prevista;

A tali Strutture, a seguito di valutazione positiva, verrà assegnato un numero di accreditamento così composto: sigla della Regione Abruzzo (RA), numero progressivo (000), Attività (IAA), specifico intervento (TAA o EAA o AAA) e saranno iscritte in un apposito elenco regionale dei soggetti accreditati erogatori di IAA, reso pubblico sul sito regionale. **Entro il 31 dicembre di ogni anno** le strutture iscritte presentano alla Regione (Dipartimento per la salute ed il welfare) una relazione sulle attività svolte. L'accreditamento viene riconfermato ogni 5 anni gratuitamente previa verifica di Audit a cura del servizio di Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche della ASL. L'accreditamento viene revocato per rinuncia dell'interessato, per chiusura dell'attività per più di 12 mesi consecutivi e/o per gravi carenze riscontrate in corso di sopralluogo dell'autorità competente.

## REGISTRAZIONE, IDONEITÀ E RICONOSCIMENTO

Le figure professionali, sanitarie e non e gli operatori professionali in possesso di attestati di partecipazione a corsi di formazione nell'ambito delle IAA, conseguiti prima della presente deliberazione o che già operano in tale ambito, **entro 24 mesi** dovranno acquisire una specifica idoneità (Capitolo 9.4 delle Linee Guida – Disposizioni transitorie).

- I Centri specializzati in IAA
- Le strutture pubbliche e private non specializzate in IAA,
- Le figure professionali e gli operatori che erogano prestazioni di IAA in strutture riconosciute



Dovranno essere iscritte all'elenco regionale per le IAA, istituito presso la struttura competente del Dipartimento per la salute ed il welfare; l'iscrizione è da effettuarsi **entro tre mesi** dall'approvazione della presente deliberazione per i soggetti già operanti all'entrata in vigore dell'Accordo presentando richiesta al servizio di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche della ASL competente per territorio sulla struttura.

I Centri specializzati e le strutture pubbliche e private non specializzate con animali residenziali necessitano del **nulla osta** (vedi modello 3 allegato alla presente) rilasciato dal Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche della ASL territorialmente competente.

- Le figure professionali e gli operatori che erogano prestazioni di IAA in strutture non riconosciute

Dovranno registrarsi presso il Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche della ASL territorialmente competente. (Modello 2) allegato alla presente)

I Centri specializzati e le strutture pubbliche e private non specializzate in IAA devono essere in regola con tutte le norme vigenti (amministrative, edilizie, sanitarie, etc.) e possedere, a seconda che ospitino animali residenziali o meno, requisiti differenziati secondo quanto previsto dal capitolo 5 delle Linee Guida.

Le richieste dei Centri specializzati e delle strutture non specializzate pubbliche o private in TAA e in EAA con animali residenziali, finalizzate al rilascio dell'iscrizione all'elenco regionale (Modello 1) "domanda iscrizione all'elenco regionale dei Centri specializzati e strutture non specializzate che erogano IAA", dovranno essere inviate al competente servizio di Igiene degli Allevamenti e Produzione Zootecniche della ASL.

La ASL provvede alla verifica della completezza dei requisiti richiesti ed al rilascio delle relative attestazioni (Nulla Osta, Iscrizione, etc.) **avendo cura di darne contestuale comunicazione** al servizio di Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti della Regione per l'aggiornamento degli elenchi regionali.

Il Servizio di Sanità Veterinaria e Sicurezza degli Alimenti del Dipartimento per la salute ed il welfare cura l'aggiornamento degli elenchi relativi a:

- ❖ Centri specializzati, con possesso o meno di nulla osta;
- ❖ Strutture pubbliche e private non specializzate, con possesso o meno di nulla osta;
- ❖ Figure professionali che erogano IAA in strutture riconosciute
- ❖ Operatori che erogano IAA in strutture riconosciute

Chiunque intende avviare iniziative o progetti di IAA all'interno della struttura di cui è responsabile, dovrà verificare che le figure professionali e gli operatori coinvolti siano negli elenchi di cui sopra.

I Responsabili di progetti che erogano IAA dovranno trasmettere al competente Assessorato alla sanità - Dipartimento per la salute ed il welfare e al CRNIAA l'elenco dei progetti attivati nell'anno e la sintesi dei risultati raggiunti (capitolo 7 delle Linee Guida) **entro il 31 Dicembre di ogni anno.**

**Le Strutture, che già operano in IAA prima del recepimento dell'Accordo effettuato mediante la presente deliberazione, entro 24 mesi devono adeguarsi al medesimo ed alle Linee Guida.**

I Centri specializzati e le strutture pubbliche e private non specializzate in IAA, una volta adeguatisi ai requisiti previsti dalle Linee Guida, ne daranno comunicazione alla struttura competente della ASL già competente al rilascio del nulla osta, al fine del successivo completamento dell'istanza di riconoscimento.

## VERIFICHE E CONTROLLI

L'Autorità regionale, in ottemperanza alle funzioni attribuite ai sensi del presente Accordo e di quanto previsto dal Regolamento di Polizia Veterinaria n° 320 del 1954 in materia di "Vigilanza sui concentramenti di animali" e anche da quanto previsto dalla L.R. n. 47/2013, potrà effettuare verifiche per la valutazione del mantenimento dei requisiti gestionali e strutturali, anche per il tramite della struttura competente della ASL. La Stessa provvederà ad inoltrare alla struttura competente del Dipartimento per la Salute e il Welfare il riscontro di eventuali non conformità e degli eventuali provvedimenti intrapresi.



## STRUTTURE

Per quanto riguarda il dettaglio delle caratteristiche gestionali e strutturali si rimanda a quanto specificato al capitolo 5.1 e 5.2 –STRUTTURE– delle Linee Guida. Per le MODALITA' OPERATIVE si fa riferimento al capitolo 7.1 delle Linee Guida. Preliminare all'esecuzione delle IAA, il soggetto erogatore dovrà somministrare apposita modulistica per garantire il consenso informato all'utente e l'informazione ed il corretto trattamento dei dati nel rispetto della privacy.

## MONITORAGGIO E VALUTAZIONE D'EFFICACIA

Durante la realizzazione del progetto di IAA sia per il paziente/utente che per l'animale coinvolto nell'attività è previsto il monitoraggio attraverso gli strumenti ed i criteri individuati in fase di progettazione, al fine, se del caso, di rimodulare gli interventi. Gli strumenti ed i criteri devono essere basati sulla peculiarità del singolo intervento ed ove disponibili è necessario usare quelli standardizzati e scientificamente validati. Le modalità e la periodicità di analisi dei dati raccolti, vengono definiti dall'equipe durante la fase di progettazione dell'intervento. L'equipe valuta, con il responsabile del progetto, gli eventuali adeguamenti da mettere in atto.

Il monitoraggio deve essere eseguito:

- sul paziente/utente,
- sull'animale
- sull'interazione persona-animale

Deve essere accuratamente registrato. Devono in particolare essere annotati, sia per il paziente/utente, che per l'animale: eventuali stati di disagio, risposte positive e/o negative all'interazione, cambiamento dell'attenzione, modifiche comportamentali ecc., utilizzando parametri il più possibile oggettivi.

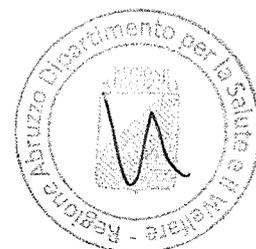
Il Medico Veterinario dell'equipe deve predisporre, per ogni singolo animale coinvolto, una cartella clinica, che deve comprendere al suo interno almeno la regolare ed aggiornata tenuta delle seguenti registrazioni:

### SANITARIE

- Segnalamento dell'animale comprensivi di identificazione,
- Anamnesi,
- Stato sanitario,
- Profilassi eseguite,
- terapie ed interventi chirurgici eventualmente effettuati.
- Preventiva valutazione sanitaria, se del caso affiancata da pareri di colleghi specialisti, a seguito della quale viene riconosciuta l'idoneità fisica dell'animale all'attività da svolgere. In caso di particolari situazioni di rischio per il paziente/utente (immunodepressione, allergie, controindicazioni legate a particolari stati patologici), tenuto conto delle prescrizioni del medico responsabile, il medico veterinario potrà valutare la necessità di ulteriori e /o più frequenti accertamenti clinico-diagnostici sull'animale e l'adozione di comportamenti più restrittivi nella sua gestione.

### COMPORAMENTALI:

- presenza di attestati di addestramento e percorsi educativi al fine di acquisire l'abilità e le competenze necessarie,
- socievolezza,
- capacità relazionale inter ed intraspecifica,



- docilità,
- esiti del monitoraggio durante la seduta,
- Esiti delle valutazioni comportamentali durante la seduta.

A seguito della verifica dell'assenza di patologie comportamentali, il Medico Veterinario dell'equipe, che può avvalersi della collaborazione di colleghi esperti in comportamento animale, etologi e, assumendosene la responsabilità, di altre figure professionali e operatori (anche volontari) adeguatamente formati, attesterà l'idoneità del singolo animale.

Il Medico Veterinario dell'equipe stabilirà le modalità con le quali dovranno essere monitorati durante lo svolgimento degli IAA i requisiti comportamentali dell'animale coinvolto e provvederà periodicamente alla loro verifica.

Ai fini della tutela del benessere animale, sia durante le sedute di trattamento che nei periodi di inattività, per ogni animale, dovrà essere redatta ed allegata alla cartella clinica una scheda di registrazione degli interventi svolti la cui puntuale compilazione spetta al coadiutore dell'animale. In essa dovranno essere descritti almeno:

- Tipo di intervento,
- Dati identificativi del coadiutore dell'animale,
- Dati identificativi del Medico Veterinario dell'equipe,
- Sede dell'intervento,
- Data,
- Ora e durata dell'intervento,
- Numero di fruitori,
- Attività svolte,
- Visite cliniche con registrazione di ogni cambiamento fisico o fisiologico,
- visite comportamentali con registrazione di ogni cambiamento comportamentale. Il monitoraggio dello stato di benessere può essere realizzato anche con il rilievo di indicatori dello stress scientificamente validati. Il Medico Veterinario avrà il compito di effettuare la verifica della puntuale compilazione della scheda e del rispetto delle modalità di esecuzione dell'intervento al fine di garantire la tutela dell'animale coinvolto.

Il Medico Veterinario, sulla base del monitoraggio dello stato di salute e di benessere psicofisico dell'animale, definisce la frequenza massima delle sedute, le modalità e i tempi d'impiego di ogni animale per seduta.

In caso di necessità il Medico Veterinario o il coadiutore devono disporre l'interruzione dell'intervento.

Al termine del progetto di IAA dovrà essere effettuata una nuova valutazione sia sanitaria che comportamentale di ogni singolo animale.

## DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Le figure professionali sanitarie e non e gli operatori in possesso di attestati di partecipazione a corsi di formazione nell'ambito degli IAA, conseguiti prima dell'emanazione delle linee guida o che già operano in tale ambito, entro 24 mesi devono acquisire una specifica idoneità.

Ai fini del conseguimento di tale idoneità è effettuata una valutazione in base ai seguenti criteri:

- programma dei percorsi formativi completati,



- esperienza maturata.

L'accesso ai corsi sarà così valutato:

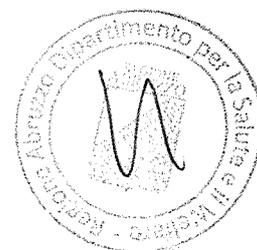
Accesso diretto al corso base	Percorso formativo il cui programma debba prevedere almeno i contenuti del corso propedeutico di cui al capitolo 9.1	oppure	Essere in possesso di esperienza specifica per il ruolo ricoperto all'interno dell'équipe, documentata ed almeno biennale la cui valutazione è affidata alla segreteria scientifica del corso, sentito il CRN IAA
Accesso diretto al corso avanzato	Percorso formativo il cui programma debba prevedere almeno i contenuti del corso propedeutico e base relativo al proprio ruolo all'interno dell'équipe di cui ai Capitoli 9.1 e 9.2	oppure	Essere in possesso di esperienza specifica per il ruolo ricoperto all'interno dell'équipe documentata ed almeno quinquennale la cui valutazione è affidata alla segreteria scientifica del corso, sentito il CRN IAA
Per sostenere direttamente l'esame per il rilascio dell'"attestato di idoneità agli IAA"	Percorso formativo il cui programma debba prevedere almeno i contenuti dei corsi propedeutico (Capitolo 9.1), di base (Capitolo 9.2) e avanzato (Capitolo 9.3)	oppure	Essere in possesso di esperienza specifica per il ruolo ricoperto all'interno dell'équipe documentata ed almeno decennale la cui valutazione è affidata alla segreteria scientifica del corso, sentito il CRN IAA

Sulla base della valutazione del curriculum formativo e professionale e di particolari meriti, il CRN IAA, sentito il Ministero della Salute, può rilasciare direttamente l'attestato di idoneità agli IAA.

## FORMAZIONE DEI CANI DI ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DISABILITA'

Definizione di cani di assistenza alle persone con disabilità: tutti i cani, oltre ai cani guida per non vedenti e ipovedenti, che assistono persone con disabilità fisiche, cognitive o mentali, svolgendo alcune funzioni e dei compiti che l'individuo con disabilità non può eseguire autonomamente.

I cani d'assistenza di cui al presente punto, devono seguire un percorso educativo e di addestramento **che rispetti i requisiti previsti dall'Assistance Dogs International (ADI)**. A tali soggetti sono applicate le agevolazioni di cui alla Legge 14 febbraio 1974 n°37. Gli animali possono essere iscritti in apposito elenco regionale, previo svolgimento dei percorsi educativi e di addestramento e su richiesta presentata al Dipartimento per la salute ed il welfare.





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:

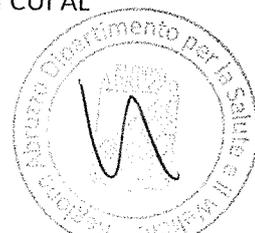
- è operante con/senza animali residenziali, in possesso del NULLA OSTA rilasciato dal competente Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e P.Z. della ASL di \_\_\_\_\_  
in conformità alle Linee guida di cui all'ASR n. 60 del 25.03.2015 (art. 7 b) in regola con tutte le norme amministrative, 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 5.2 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



## MODELLO 2

Al SERVIZIO VETERINARIO DI IGIENE DEGLI  
ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE  
DELLA ASL DI .....

**ISTANZA DI REGISTRAZIONE PRESSO LA ASL DI FIGURE PROFESSIONALI ED OPERATORI CHE EROGANO IAA  
PRESSO STRUTTURE NON RICONOSCIUTE ai sensi dell'art.7 c) di cui all'ASR Rep. atti n. 60/CSR del 25 marzo  
2015**

Con la presente la/il sottoscritto:

Nome e Cognome.....  
Nata/o il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_a..... Prov.....(.....)  
Residente a..... Via/Piazza/Loc..... n.....  
C.F./P.IVA..... C.I.n.....  
Recapito telefonico..... Cell..... e-mail.....

- **In qualità di figura professionale sanitaria e non,.....(specificare)**  
erogante prestazioni di IAA presso strutture non riconosciute (ad esempio presso il domicilio del paziente  
o presso istituti scolastici, ospedalieri, poliambulatori, studi professionali, case di riposo, istituti di  
accoglienza per minori, case-famiglia, istituti di pena, centri educativi, maneggi, aziende agricole che  
ospitano IAA)  
(allegare planimetrie dettagliate con destinazione d'uso dei locali)  
*Oppure*
- **In qualità di operatore,.....(specificare)** erogante prestazioni  
di IAA presso strutture non riconosciute (vedi sopra)

## CHIEDE

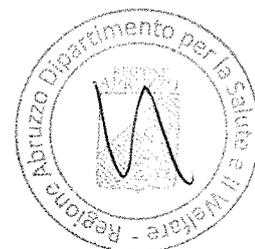
LA REGISTRAZIONE presso l'ASL competente

Dichiara inoltre:

- di operare in IAA, in quanto in possesso di attestati di formazione a corsi, esperienza pratica, (allegare Curriculum  
formativo-professionale datato e firmato), ma di non possedere la specifica idoneità di cui sopra. Si impegna  
pertanto, entro 24 mesi, ai sensi dell'art.10 comma 3, ad acquisire l'idoneità specifica sulla base dei criteri stabiliti  
dalle Linee Guida di cui all'ASR rep. Atti n. 60/CSR del 25 marzo 2015 ed a trasmettere l'attestato una volta acquisito  
all'AUSL di competenza
- di possedere specifica idoneità rilasciata da.....(specificare)  
Sulla base dei criteri stabiliti dalle Linee Guida di cui all'ASR rep. Atti n. 60/CSR del 25 marzo 2015.  
N.B. la presente registrazione verrà trasmessa a cura dell'AUSL al dipartimento per la Salute e il Welfare ai fini  
dell'espletamento degli atti successivi.

Luogo e data

Firma leggibile e timbro



# MODELLO 3

Carta intestata dell'autorità sanitaria competente

AL \_\_\_\_\_  
richiedente Sig./Sig.ra

**NULLA OSTA DELLE AUTORITA' SANITARIE COMPETENTI AI SENSI DELL'ART. 7 b) DI CUI ALL'ASR REP.ATTI  
N.60/CSR DEL 25 MARZO 2015**

Si comunica, per quanto di competenza, vista la domanda presentata in data \_\_/\_\_/\_\_ ai sensi dell'art.7 b) dell'ASR di cui al Rep. Atti n.60/CS del 25/03/2015 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee Guida nazionali per gli interventi assistiti con Animali (IAA)", ed il sopralluogo effettuato in data \_\_/\_\_/\_\_ che

NULLA OSTA,

ai sensi dell'art.7 b) e del capitolo 5.1 (Requisiti strutturali e gestionali) delle Linee Guida allegate all'ASR di cui sopra

**O\* all'erogazione di IAA da parte del CENTRO SPECIALIZZATO:**

Nome per esteso.....Sigla.....

C.F./P.IVA.....N. Iscrizione Camera Commercio.....

Sede legale a.....(.....)Via/Piazza/Loc.....n.....

Recapito telefonico.....Cell.....Fax.....

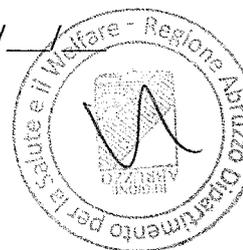
e-mail.....PEC.....

Sito Web.....

Sede operativa a .....(.....)Via/Piazza/Loc.....n.....

**Il cui legale rappresentante è:**

Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via/P.zza/Loc \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F./P.IVA \_\_\_\_\_ C.I.n° \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

**O\* all'erogazione di IAA da parte della STRUTTURA non SPECIALIZZATA:**

Nome per esteso.....Sigla.....  
C.F./P.IVA.....N. Iscrizione Camera Commercio.....  
Sede legale a.....(.....)Via/Piazza/Loc.....n.....  
Recapito telefonico.....Cell.....Fax.....  
e-mail.....PEC.....  
Sito Web.....  
Sede operativa a .....(.....)Via/Piazza/Loc.....n.....

**Il cui legale rappresentante è:**

Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via/P.zza/Loc \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F./P.IVA \_\_\_\_\_ C.I.n° \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Luogo e data

Timbro e firma dell'autorità  
Sanitaria territoriale competente



# MODELLO 4

Al DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE  
SERVIZIO SANITA' VETERINARIA, IGIENE E  
SICUREZZA DEGLI ALIMENTI  
VIA CONTE DI RUVO 74- PESCARA

TRASMESSA PER IL TRAMITE DEL SUAP  
DI \_\_\_\_\_

**ISTANZA DI RICONOSCIMENTO CANI DI ASSISTENZA A PERSONE CON DISABILITA'**

ai sensi dell'art.6 comma 2 dell'Accordo Stato Regioni Rep. atti n. 60/CSR del 25 marzo 2015

**Con la presente la/il sottoscritto:**

Nome e Cognome.....  
 Nata/o il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a.....Prov.....(.....)  
 Residente a.....Via/Piazza/Loc.....n.....  
 C.F./P.IVA.....C.I.n.....  
 Recapito telefonico.....e-mail.....

- In qualità di **PROPRIETARIO/COADIUTORE/ALTRO**,.....(specificare)  
 Del/i cane/i detenuto/i presso:

\_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

di iscrivere il /i seguente/i cane/i all'elenco regionale al fine di poter usufruire delle agevolazioni ai sensi della L. 37 del 14/02/1974 e ss.mm.e ii.

NOME	RAZZA	SESSO	ETA'	MICROCHIP

Si allega/no altresì curriculum/a attestante/i percorsi educativi e di addestramento del/degli animale/i

Sede e data

Firma leggibile e timbro



# MODELLO 5

AI SERVIZIO VETERINARIO DI IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E  
DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE DELLA  
ASL DI \_\_\_\_\_

## MODULO PER DOMANDA ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE DELLE FIGURE PROFESSIONALI/OPERATORI CHE EROGANO IAA AI SENSI DELLA DGR DEL

Con la presente la/il sottoscritto:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via/P.zza/Loc \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_ C.I. n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

In qualità di Legale rappresentante:

Nome per esteso \_\_\_\_\_ sigla \_\_\_\_\_

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

Sede legale \_\_\_\_\_ via/P.zza/Loc \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ Sito web \_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_ via/P.zza/Loc \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

(allegare planimetrie dettagliate con destinazione d'uso dei locali)

- Se trattasi di Centri specializzati e strutture pubbliche o private che erogano IAA:

n.° di iscrizione all'apposito elenco regionale \_\_\_\_\_

- Se trattasi di strutture non specializzate,

NULLA OSTA rilasciato dal Servizio Veterinario di Igiene degli allevamenti e P.Z. della ASL competente per territorio n° prot. \_\_\_\_\_

- In caso di figure professionali/operatori che erogano IAA in strutture non riconosciute

N° di registrazione ASL \_\_\_\_\_

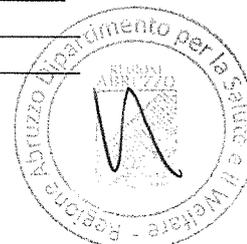
## CHIEDE

L'iscrizione all'elenco regionale delle figure professionali/operatori che erogano IAA ai sensi dell'art. 4, comma 1 e capitolo 9 delle L.G. di cui all'Accordo Stato Regioni n.° 60 del 25.03.2015, impegnandosi entro 24 mesi ad acquisire specifica idoneità sulla base dei criteri delle Linee Guida di cui sopra.

Si allegano pertanto le seguenti informazioni:

Caratteristiche delle attività che si intende svolgere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Dettaglio dell'attività inerente gli IAA già svolta di cui si allega relativa attestazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ f

figure professionali coinvolte ai sensi dell'art. 3 capitolo 4 dell'ASR (equipe multidisciplinare):  
si allegano curriculum vitae

a) Medico veterinario 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.° di iscrizione elenco regionale \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ n.° di iscrizione elenco regionale \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_ n. di iscrizione elenco regionale \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_ n.° di iscrizione elenco regionale \_\_\_\_\_  
5) \_\_\_\_\_ n.° di 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 insieme a a) e b) \_\_\_\_\_ n.° iscrizione elenco regionale

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.

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





# MODELLO 6

AI DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE  
SERVIZIO SANITA' VETERINARIA, IGIENE E  
SICUREZZA DEGLI ALIMENTI  
VIA CONTE DI RUVO 74 – PESCARA

Per il tramite del SUAP

Competente per territorio

**MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO AI FINI DELLA REALIZZAZIONE DI ATTIVITA' FORMATIVE  
AI SENSI DELLA DGR N. DEL E DELL'ART. 4 ASR 25/03/2015**

“RECEPIMENTO DELL’ACCORDO IN DATA 25 MARZO 2015, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 2, COMMA 1, LETTERA B) E 4, COMMA 1, DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N.281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOUMENTO RECANTE “LINEE GUIDA NAZIONALI PER GLI INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI (IAA)” E APPROVAZIONE DI DISPOSIZIONI REGIONALI ATTUATIVE DELL’ACCORDO STESSO. (Allegato B/disposizioni regionali attuative dell’Accordo-Accreditamento per la formazione)

Con la presente la/il sottoscritto:

Nome e Cognome.....  
Nata/o il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_a.....Prov.....(.....)Nazionalità.....  
C.F./P.IVA.....C.I.n.....  
Residente a.....Via/Piazza/Loc.....n.....  
Recapito telefonico.....e-mail.....PEC.....  
Livello di istruzione:.....

In qualità di Legale Rappresentante:

Nome per esteso della Ragione Sociale.....  
C.F./P.IVA.....N. Iscrizione Camera Commercio.....  
Sede legale a.....(.....)Via/Piazza/Loc.....n.....  
Recapito telefonico.....Cell.....Fax.....  
e-mail.....PEC.....

## CHIEDE

ALLA REGIONE ABRUZZO L’ACCREDITAMENTO DEL SOGGETTO FORMATIVO, AI SENSI DI QUANTO PREVISTO DALL’ART.4 DELL’ASR DEL 25/03/2015

A TAL FINE DICHIARA DI DISPORRE:

❖ di una sede operativa sul territorio regionale sita :

a.....(.....)Via/Piazza/Loc.....n.....



Recapito telefonico.....Cell.....Fax.....  
e-mail.....PEC.....

(si allega planimetria aggiornata con relativa destinazione d'uso)

- ❖ di spazi didattici conformi alle vigenti regole in materia di sicurezza (dalla documentazione allegata deve emergere con chiarezza la corretta e completa applicazione del D. Lgs. 81/2008)
- ❖ di operare senza  / con animali residenziali  (si allega Modulo C: "Specie coinvolte e numero")
- ❖ di aver accertato che gli operatori/figure professionali siano in possesso dell'Idoneità prevista e che le strutture siano in possesso (in caso di animali residenziali) del Riconoscimento previsto ai sensi dell'ASR del 25/03/2015
- ❖ di disporre dei requisiti strutturali e gestionali di cui al punto 5.1 delle Linee Guida nazionali relative agli Interventi Assistiti con Animali ASR 25/03/2015
- ❖ di un'organizzazione per la sicurezza (si allega)
- ❖ di un documento per la valutazione dei rischi (si allega)
- ❖ dei documenti autorizzativi della sede, degli spazi didattici, delle pertinenze (si allegano. Se già presentati presso altri Enti indicare quali)
- ❖ di un curriculum formativo-professionale del soggetto richiedente l'Accreditamento relativo ad eventuali attività formative effettuate precedentemente all'emanazione della DGR.....
- ❖ di un curriculum vitae professionale dei docenti attestante le evidenze biografiche significative intese come presentazione cronologica delle esperienze (educative e formative; professionali e non professionali) valutate dal soggetto richiedente l'Accreditamento rilevanti ai fini dell'acquisizione di competenze, legate allo specifico ambito della formazione e non (si allegano)
- ❖ di atto costitutivo e statuto vigente, in copia conforme all'originale, attestante tra gli obiettivi societari quello della formazione
- ❖ di comunicare quale metodologia di formazione il soggetto ritiene di poter fornire:
  - FR (Formazione Residenziale)  FAD (Formazione a Distanza)
  - FC (Formazione sul Campo)  BLENDED (Mista)
- ❖ di procedure documentate per la progettazione di massima e per la progettazione di dettaglio degli eventi formativi (si allegano)
- ❖ di una procedura (si allega) di erogazione degli interventi formativi, monitoraggio, e valutazione di apprendimento ed esiti (con l'evidenza del rilascio di attestati coerenti con l'attività ed ai sensi dell'ASR 25/03/2015)
- ❖ di uno strumento di valutazione della "Soddisfazione dei beneficiari diretti" (si allega)
- ❖ di aver completato da parte dei propri docenti l'iter formativo specifico sulla base dei requisiti stabiliti dalle Linee Guida per gli IAA (si allegano attestati d'idoneità)
- ❖ di attuare le attività formative conformemente agli standard di durata e contenuto previsti alle L.G. per gli IAA
- ❖ di nominare per ciascun corso un responsabile didattico che faccia da riferimento per l'autorità regionale

INOLTRE, CONSAPEVOLE DEGLI EFFETTI IN CASO DI INADEMPIENZA, SI IMPEGNA:

- ❖ ad accettare il controllo e la vigilanza della Regione sullo svolgimento dei corsi,
- ❖ a fornire gli esiti della valutazione della "soddisfazione dei beneficiari diretti",
- ❖ mantenere un archivio dei curriculum vitae delle risorse professionali appartenenti al nucleo stabile del soggetto in accreditamento, di cui va garantito l'aggiornamento.
- ❖ ALLEGA ricevuta del versamento della relativa tariffa

Dichiara altresì di allegare le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà di cui ai Modelli G e H

Luogo e data

Il dichiarante

(1)

(1) firma per esteso e leggibile



## MODELLO 7

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR 28 dicembre 2000, n.445)

Io sottoscritto (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

Nato a (*Comune di nascita*) \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di legale rappresentante di: \_\_\_\_\_  
(*Ragione sociale e natura giuridica*)

(*Indirizzo*) \_\_\_\_\_

(*Codice fiscale*) \_\_\_\_\_ (*partita iva*) \_\_\_\_\_

#### DICHIARO

- Sotto la mia responsabilità, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28/12/2000 n.445 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi;
- Per la sede formativa ubicata in:  
(*Indirizzo*) \_\_\_\_\_ (*CAP*) \_\_\_\_\_ (*Comune*) \_\_\_\_\_

1. di rispettare le normative vigenti in materia di sicurezza, prevenzione infortuni, prevenzione incendi e igiene del lavoro, anche con riferimento agli obblighi previsti dal D.Lgs 81/08 e successive modificazioni, in relazione alla specifica destinazione dei locali ed in conformità con quanto disposto al requisito R.9;
2. di essere a conoscenza della sospensione della condizione di accreditamento derivante dall'accertamento delle eventuali non conformità, nonché della decadenza, ai sensi dell'art.75 del DPR 28/12/2000 n.445, dei benefici eventualmente ottenuti.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lvo 30 giugno 2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(*Luogo e data*) \_\_\_\_\_

Il dichiarante

(1)(2) \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.38 del DPR 445 del 28 dicembre 20000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto (*nome del dipendente* \_\_\_\_\_)
- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(1) Firma per esteso e leggibile

(2) La firma deve essere apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione della dichiarazione o dell'istanza nella quale la dichiarazione è contenuta o alla quale è collegata. In alternativa, la dichiarazione può essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.



## MODELLO 8

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46, DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritto (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

Nato a (*Comune di nascita*) \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di legale rappresentante di: \_\_\_\_\_  
(*Ragione sociale e natura giuridica*)

(*Indirizzo*) \_\_\_\_\_

(*Codice fiscale*) \_\_\_\_\_ (*partita iva*) \_\_\_\_\_

#### DICHIARO

- Sotto la mia responsabilità, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28/12/2000 n.445 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi;
  1. Di non aver riportato condanne passate in giudicato per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale, nonché per reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, associazione di tipo mafioso L. 575/65 e s.m.e i., di corruzione, di frode, di riciclaggio;
  2. Di non aver riportato condanne per reati di natura amministrativa-finanziaria o fallimentare;
  3. Di non essere soggetto a procedure a proprio carico di natura fallimentare, a liquidazione coatta amministrativa, a concordato preventivo e procedimenti connessi a tali fattispecie normative;
  4. Di non aver riportato condanne penali passate in giudicato che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
  5. Di essere a conoscenza della sospensione della condizione di accreditamento derivante dall'accertamento delle eventuali non conformità nonché della decadenza, ai sensi dell'art. 75 del DPR 28/12/2000 n. 445 dei benefici eventualmente ottenuti;

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lvo 30 giugno 2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(*Luogo e data*) \_\_\_\_\_

Il dichiarante

(1) \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.

(1) Firma per esteso leggibile.



## MODELLO 9

### SPECIE ANIMALI COINVOLTE E NUMERO

#### CANI

NOME	MICROCHIP ANAGRAFICO	

#### GATTI

NOME	MICROCHIP ANAGRAFICO	

#### EQUIDI

NOME	MICROCHIP ANAGRAFICO	

#### CONIGLI

NOME	MICROCHIP ANAGRAFICO	

Luogo e data

Il dichiarante

(1) \_\_\_\_\_

(1) Firma per esteso e leggibile



