

## F. MODULISTICA

Per le procedure inerenti la iscrizione negli elenchi regionali delle strutture e delle figure professionali/operatori saranno utilizzati i modelli di seguito allegati.

### 1. ISTANZA RILASCIO DI NULLAOSTA

ALLA ASL di.....

#### ISTANZA DI NULLA OSTA PER CENTRO SPECIALIZZATO/STRUTTURA TAA /EAA

ai sensi dell'art.7 punto 1-leff.B lettera b dell'Accordo CSR Rep.Atti n.60 del 25/03/2015

Il sottoscritto (nome e cognome) .....

Nato/a..... prov..... il .....

Residente a ..... prov. ....

Via .....

C.F.....

Recapito Telefonico..... e-mail .....

In qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE del  
CENTRO SPECIALIZZATO/ STRUTTURA NON SPECIALIZZATA

Ragione sociale .....

C.F./P.IVA.....

Sede Legale a ..... prov .....

Via.....

Recapito Telefonico ..... e-mail .....

PEC .....

Sede Operativa a ..... Prov. ....

Via.....

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 con espresso riferimento all'impresa che rappresenta

**CHIEDE**

il rilascio del nulla osta quale:

Centro Specializzato che eroga Terapia Assistita con Animali e/o Educazione Assistita con Animali

Struttura non specializzata che eroga Terapia Assistita con Animali

Struttura non specializzata che eroga Educazione Assistita con Animali residenziali

A tal fine dichiara:

di essere in regola con quanto previsto dalle normative amministrative, edilizie e sanitarie vigenti e il D.Lgs 81/2008 per gli aspetti di tutela del lavoratore;

di essere in possesso dei requisiti strutturali e gestionali previsti al capitolo 5 dell'Accordo Stato Regioni;

di operare:

senza animali residenziali;

con animali residenziali: (barrare la/le voci che interessano)

cane  gatto  coniglio  cavallo  asino

di svolgere i seguenti interventi assistiti:

- TAA
- EAA

Si allegano:

1. planimetria dettagliata con destinazione d'uso dei locali, con particolare riferimento a quelli destinati agli animali;
2. copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
3. due marche da bollo di 16 euro (con esclusione degli esenti per legge - DPR 642/1972)
4. attestazione di pagamento di € 88,00 (tariffario regionale 3.22.2)
5. relazione tecnica riguardante le tipologie di intervento praticate nel centro e le misure per la del benessere animale impiegato sia durante le sedute di trattamento che nei periodi di inattività

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 196/03, si autorizza il trattamento dei dati personali, che saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda. Si accetta che i dati anagrafici del centro/struttura siano pubblicati sul portale regionale nell'elenco dei centri/strutture riconosciuti dalla Regione Lazio.

Luogo e data .....

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(firma e timbro)

## 2. ISTANZA DI ISCRIZIONE PER STRUTTURE SENZA OBBLIGO DI NULLAOSTA

ALLA ASL di.....

### ISTANZA DI ISCRIZIONE ELENCO REGIONALE DELLA STRUTTURA NON SPECIALIZZATA SENZA OBBLIGO DI NULLAOSTA

ai sensi Decreto Commissario ad Acta n. U00070/2016  
di recepimento dell'Accordo CSR Rep.Atti n.60 del 25/03/2015

Il sottoscritto (nome e cognome) .....  
Nato/a..... prov..... il .....  
Residente a ..... prov. ....  
Via .....  
C.F./P.I.V.A.....  
Recapito Telefonico..... e-mail .....

In qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della  
STRUTTURA NON SPECIALIZZATA

Ragione sociale .....  
C.F./P.IVA.....  
Sede Legale a ..... prov .....  
Via.....  
Recapito Telefonico ..... e-mail .....  
PEC .....  
Sede Operativa a ..... Prov. ....  
Via.....

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 con espresso riferimento all'impresa che rappresenta

**CHIEDE**

L'iscrizione all'elenco regionale per gli IAA, quale :

Struttura non specializzata che eroga Educazione Assistita senza Animali residenziali

Struttura non specializzata che svolge attività assistita con gli animali (AAA)  
Struttura non specializzata che eroga EAA senza animali residenziali e AAA

A tal fine dichiara:

di essere in regola con quanto previsto dalle normative amministrative, edilizie e sanitarie vigenti e il D.Lgs 81/2008 per gli aspetti di tutela del lavoratore;

di operare con: *(barrare la/le voci che interessano)*

cane    gatto    coniglio    cavallo    asino

di impiegare nei progetti figure professionali e operatori in possesso dei requisiti stabiliti nelle Linee guida nazionali (Accordo Stato Regioni del 25/03/2015) e dal 25/03/2018 esclusivamente quelli in possesso di attestati di idoneità riconosciuti dalle Regioni, Centro referencia Nazionale e Istituto Superiore di Sanità

Inoltre, il sottoscritto si impegna a: (1)

- comunicare alla ASL l'inizio dei progetti con una relazione del veterinario dell'equipe multidisciplinare che gestisce il progetto.
- trasmettere alla ASL e al Centro di referencia nazionale per gli IAA, entro il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco dei progetti attivati nell'anno con una sintetica descrizione dello svolgimento, dell'utenza coinvolta e dei risultati raggiunti.

*(1) esclusivamente per le strutture che erogano EAA*

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 196/03, si autorizza il trattamento dei dati personali, che saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda. Si accetta che i dati anagrafici del centro/struttura siano pubblicati sul portale regionale nell'elenco dei centri/strutture riconosciuti dalla Regione Lazio.

Documenti allegati:

- 1) copia del documento di identità del richiedente in corso di validità
- 2) attestazione di pagamento di euro 11,00 (tariffario regionale 3.23)
- 3) due marche da bollo di 16 euro (con esclusione degli esenti per legge - DPR 642/1972)

Luogo e data .....

IL LEGALE RAPPRESENTANTE  
(firma e timbro)

### 3. ISTANZA DI ISCRIZIONE PER FIGURE PROFESSIONALI/OPERATORI

**DOMANDA ISCRIZIONE ALL'ELENCO REGIONALE  
DELLE FIGURE PROFESSIONALI /OPERATORI CHE EROGANO IAA  
(Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 – Art. 7 comma 1 lettera c)**

**La/il sottoscritta/o:**

\_\_\_\_\_

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_.

#### **CHIEDE**

L'iscrizione all'elenco regionale delle figure professionali/operatori che erogano IAA in qualità di:

*(contrassegnare la/e tipologia/e professionale/i)*

- Responsabile di progetto TAA
- Responsabile di progetto EAA
- Referente di intervento TAA
- Referente di intervento EAA
- Medico veterinario esperto in IAA
- Coadiutore del cane
- Coadiutore di cane, gatto e coniglio
- Coadiutore del cavallo
- Coadiutore dell'asino
- Responsabile di attività in AAA

A tal fine allega:

- Copia dell'attestato di idoneità rilasciato dalla Regione Lazio ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 (se la richiesta è per più profili allegare copia di tutti gli attestati relativi)
- Curriculum vitae firmato e redatto secondo lo schema allegato al presente modulo
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio e di certificazione
- attestazione di pagamento di euro 11,00 (tariffario regionale 3.23)
- due marche da bollo di 16 euro (con esclusione degli esenti per legge - DPR 642/1972)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CURRICULUM VITAE****Informazioni personali**

Nome/ Cognome

**Nome Cognome**

Indirizzo

Numero civico, via, codice postale, città, nazione.

Telefono

Cellulare

Fax

E-mail

Cittadinanza

Data di nascita

Sesso

**Esperienza  
professionale****ESPERIENZA  
PROFESSIONALE***Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.***NON NELL'AMBITO  
DEGLI IAA***Inserire solo due voci  
principali*

Date da.....a.....

Lavoro o posizione  
ricoperti

Principali attività e  
responsabilità

Nome e indirizzo del  
datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date da.....a.....

Lavoro o posizione  
ricoperti

Principali attività e  
responsabilità

Nome e indirizzo del  
datore di lavoro

Tipo di attività o settore

**ESPERIENZA  
PROFESSIONALE  
MATURATA  
NELL'AMBITO DEGLI  
IAA**

*Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente  
ciascun impiego pertinente ricoperto.*

Date da.....a.....

Descrizione progetto

TAA/EAA/AAA

Lavoro o posizione  
ricoperti

Responsabile di progetto in ambito sanitario/non sanitario/referente di  
intervento in ambito sanitario/non sanitario/medico veterinario esperto  
in IAA/coadiutore del cane e animali d'affezione/coadiutore  
dell'asino/coadiutore del cavallo/altro?

Setting/tipo di struttura

Principali attività e  
responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro/responsabile di progetto/associazione presso la quale si è svolta l'esperienza

Date da.....a.....

Descrizione progetto

TAA/EAA/AAA

Lavoro o posizione ricoperti

Responsabile di progetto in ambito sanitario/non sanitario/referente di intervento in ambito sanitario/non sanitario/medico veterinario esperto in IAA/coadiutore del cane e animali d'affezione/coadiutore dell'asino/coadiutore del cavallo/altro?

Setting/tipo di struttura

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro/responsabile di progetto/associazione presso la quale si è svolta l'esperienza

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

*Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.*

**NON NELL'AMBITO DEGLI IAA**

*Inserire solo due voci principali (es. laurea, diploma, altro)*

Date da.....a.....

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Livello nella classificazione nazionale o internazionale

Date da.....a.....

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Livello nella classificazione nazionale o internazionale

**PERCORSO FORMATIVO NELL'AMBITO DEGLI IAA**

**Tutti i corsi sotto riportati devono essere correlati da relativi attestati di partecipazione in allegato**

*Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato.*

Date da.....a.....

Titolo del corso

Obiettivo formativo

Numero ore (specificare teoria/pratica)

Ruolo/professionalità al quale era indirizzato l'evento formativo

Contenuti trattati (utilizzare la dicitura delle linee guida)

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Date da.....a.....	
Titolo del corso	
Obiettivo formativo	
Numero ore (specificare teoria/pratica)	
Ruolo/professionalità al quale era indirizzato l'evento formativo	
Contenuti trattati (utilizzare la dicitura delle linee guida)	
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	
<b>Ulteriori informazioni</b>	Compilare, se del caso, fornendo le relative specifiche
Docenze in corsi di formazione attinenti gli IAA	
Responsabile scientifico/relatore in convegni nazionali o internazionali, master nell'ambito degli IAA	
Pubblicazioni scientifiche su riviste peer reviewed nell'ambito degli IAA	
Pubblicazione di libri nell'ambito degli IAA	
<b>Allegati</b>	Enumerare gli allegati al CV.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO E DI CERTIFICAZIONE

**Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000**

**La/il sottoscritta/o:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

Il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- che non sussistono nei propri confronti rinvii a giudizio, condanne penali e/o provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, presenti rispettivamente nel registro dei carichi pendenti e nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- che è consapevole che in caso di accertamento di falsità e/o difformità delle dichiarazioni di cui sopra, oltre alle conseguenze penali previste, si darà corso alla revoca dell'iscrizione

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 196/03, si autorizza il trattamento dei dati personali, che saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata l'istanza. Si accetta che il proprio nominativo con l'indicazione del profilo professionale sia pubblicato sul portale regionale nell'elenco delle figure professionali e operatori riconosciuti dalla Regione Lazio.

Si allega copia del documento di identità in corso di validità

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### 4. MODELLO DI NULLAOSTA RILASCIATO DALLA ASL

MARCA DA BOLLO

#### CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA LOCALE

#### NULLA OSTA DELLE AUTORITÀ SANITARIE COMPETENTI RILASCIATO AI SENSI DELL'ART.7 b) – ACCORDO STATO REGIONE 25/03/2015

#### IL DIRETTORE/DIRIGENTE DEL SERVIZIO

*(indicare struttura/servizio)*

Vista la domanda presentata in data \_ / \_ / \_ prot. n.....dal Sig. .... in qualità di legale rappresentante del centro specializzato/struttura non specializzata denominata ..... con sede a ..... Via ....., finalizzata al rilascio del nullaosta per gli Interventi Assistiti con gli animali

VISTA la DGR n. 866 del 18/12/2006 che ha recepito l'Accordo Stato-Regioni sulle disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy del 6 febbraio 2003

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 che ha approvato le nuove Linee guida in materia di Interventi Assistiti con gli animali;

visti gli esiti del sopralluogo effettuato in data..... nel corso del quali sono stati verificati i requisiti strutturali e gestionali di cui al capitolo 5 delle Linee Guida allegate all'ASR

#### DICHIARA

Che NULLAOSTA, esclusivamente per quanto riguarda il possesso dei requisiti individuati come necessari nelle Linee Guida nazionali per IAA, all'erogazione di Interventi Assistiti con gli Animali da parte del centro specializzato/struttura non specializzata ..... *(indicare denominazione)* sito a ..... in via .....n° .....

È obbligatorio, altresì:

- comunicare alla ASL l'inizio dei progetti con una relazione del veterinario dell'equipe multidisciplinare
- trasmettere alla ASL e al Centro di riferimento nazionale per gli IAA, entro il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco dei progetti attivati nell'anno con una sintetica descrizione dello svolgimento, dell'utenza coinvolta e dei risultati raggiunti.

Luogo e data.....

Timbro e firma  
dell'Autorità competente

**5. MODELLO DI ATTESTAZIONE DELL' ISCRIZIONE DI STRUTTURE NON SPECIALIZZATE SENZA OBBLIGO DI NULLAOSTA**

MARCA DA BOLLO

**CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA LOCALE**

**ATTESTATO DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO REGIONALE DELLE STRUTTURE CHE EROGANO IAA SENZA OBBLIGO DI NULLAOSTA**

**IL DIRETTORE/DIRIGENTE DEL SERVIZIO**

*(indicare struttura/servizio)*

Vista la domanda presentata in data \_ /\_\_/\_ prot. n..... dal/dalla Sig./Sig.ra ..... in qualità di legale rappresentante della struttura non specializzata denominata ..... con sede a ..... Via .....

finalizzata all'iscrizione nell'elenco regionale delle strutture non specializzate che erogano Interventi Assistiti con gli animali

VISTA la DGR n. 866 del 18/12/2006 che ha recepito l'Accordo Stato-Regioni sulle disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy del 6 febbraio 2003

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 che ha approvato le nuove Linee guida in materia di Interventi Assistiti con gli animali;

**ATTESTA**

Che la struttura non specializzata ..... *(indicare denominazione)* sita a ..... in via ..... n° ..... è stata iscritta nell'elenco regionale delle strutture non specializzate senza obbligo di nullaosta che erogano IAA.

Per le strutture che erogano EAA, è obbligatorio:

- comunicare alla ASL l'inizio dei progetti con una relazione del veterinario dell'equipe multidisciplinare
- trasmettere alla ASL e al Centro di riferimento nazionale per gli IAA, entro il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco dei progetti attivati nell'anno con una sintetica descrizione dello svolgimento, dell'utenza coinvolta e dei risultati raggiunti.

Luogo e data.....

Timbro e firma  
dell'Autorità competente

**6. MODELLO DI ATTESTAZIONE DELL'ISCRIZIONE DI FIGURE PROFESSIONALI/OPERATORI**

MARCA DA BOLLO

**CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA LOCALE**

**ATTESTATO DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO REGIONALE DELLE FIGURE PROFESSIONALI/OPERATORI CHE EROGANO IAA**

**IL DIRETTORE/DIRIGENTE DEL SERVIZIO**

*(indicare struttura/servizio)*

Vista la domanda presentata in data /\_ /\_\_ prot. n.....dal/dalla Sig./Sig.ra  
..... residente a .....  
Via .....

finalizzata all'iscrizione nell'elenco regionale delle figure professionali/operatori che erogano Interventi Assistiti con gli animali

VISTA la DGR n. 866 del 18/12/2006 che ha recepito l'Accordo Stato-Regioni sulle disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy del 6 febbraio 2003

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 che ha approvato le nuove Linee guida in materia di Interventi Assistiti con gli animali;

**ATTESTA**

Che il Sig./sig.ra ..... Residente a  
..... in via  
..... n° ..... è stata iscritta  
nell'elenco regionale delle figure professionali/operatori che erogano Interventi Assistiti con gli animali

Luogo e data .....

Timbro e firma  
dell'Autorità competente

