|  |  |
| --- | --- |
| logo-asl2-colore_colore | 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 56361Email: igieneallevamenti.lanciano@asl2abruzzo.itPec: 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.itSede 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 357513Email: igieneallevamenti.chieti@asl2abruzzo.it Pec: igieneallevamenti.chieti@pec.asl2abruzzo.itSede Operativa di Guardiagrele (CH)Via Marrucina (c/o Ospedale) Tel./Fax 0871 899390 |

Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Al Sig. SINDACO**

**del Comune di**

**per il tramite SUAP Trigno Sinello**

**Via Aldo Moro**

**SAN SALVO (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 per

 **Studio Veterinario**

 **Ambulatorio Veterinario**

 **Clinica Veterinaria**

 **Ospedale Veterinario**

 **Laboratorio Veterinario di analisi**

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

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;
* Richiesta di detenzione di scorte di farmaci veterinari;
* Convenzione con ditta specializzata per lo smaltimento dei rifiuti sanitari speciali;
* Dichiarazione conformità apparecchiatura RX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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 avvenite 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.