



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