



MODELLO 4

AI 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