



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. 60 DEL 13 FEBBRAIO 2017 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 al 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