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-lett. 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:

o TAA

o 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)