**4. MODELLO DI NULLAOSTA RILASCIATO DALLA ASL**

MARCA DA BOLLO

**CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA LOCALE**

**NULLA OSTA DELLE AUTORITÀ SANITARIE COMPETENTI**

**RILASCIATO AI SENSI DELL’ART.7 b) – ACCORDO STATO REGIONE 25/03/2015**

**IL DIRETTORE/DIRIGENTE DEL SERVIZIO**

*(indicare struttura/servizio)*

Vista la domanda presentata in data \_\_/\_\_/\_\_ prot. n………......……....

dal Sig. ………………………….… in qualità di legale rappresentante del centro

specializzato/struttura non specializzata denominata……………………………………….

…………………………..con sede a …………………. Via …………………………...

finalizzata al rilascio del nullaosta per gli Interventi Assistiti con gli animali

VISTA la DGR n. 866 del 18/12/2006 che ha recepito l’Accordo Stato-Regioni sulle disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy del 6 febbraio 2003;

VISTO l’Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 che ha approvato le nuove Linee guida in materia di Interventi Assistiti con gli animali;

visti gli esiti del sopralluogo effettuato in data…………… nel corso del quali sono stati verificati i requisiti strutturali e gestionali di cui al capitolo 5 delle Linee Guida allegate all’ASR

**DICHIARA**

Che NULLAOSTA, esclusivamente per quanto riguarda il possesso dei requisiti individuati come necessari nelle Linee Guida nazionali per IAA, all’erogazione di Interventi Assistiti con gli Animali da parte del centro specializzato/struttura non specializzata……………..…….. ……………………………….(*indicare denominazione*) sito a ……………………………………

in via …………………………………… …………………………………………...n° ……………

È obbligatorio, altresì:

– comunicare alla ASL l’inizio dei progetti con una relazione del veterinario dell’equipe multidisciplinare

– trasmettere alla ASL e al Centro di referenza nazionale per gli IAA, entro il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco dei progetti attivati nell'anno con una sintetica descrizione dello svolgimento, dell’utenza coinvolta e dei risultati raggiunti.

Luogo e data…………………. Timbro e firma

dell’Autorità competente