MARCA DA

BOLLO DA

EURO16,00

Prot.AUSL n°

\_\_\_\_\_\_\_\_

N° iscrizione all’albo regionale

(Parte riservata all’Assessorato Sanità)

ALL’AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D’AOSTA

S.C. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

Località Amérique, n.7/ L

11020 QUART AO

**ISTANZA DI REGISTRAZIONE PRESSO l’AUSL**

**DELLE FIGURE PROFESSIONALI /OPERATORI CHE EROGANO IAA**

**(**ai sensi dell’art.4 comma 1 e Cap. 9 delle L.G. di cui all’A. S. R. n° 60 del 25 marzo 2015)

**L’Azienda USL provvederà a trasmettere copia all’Assessorato Sanità salute e Politiche sociali al fine della successiva iscrizione all’Albo Regionale**

**Con la presente la/il sottoscritto:**

Nome e Cognome………………………………………………………………………………………...

Nata/o il \_\_/\_\_/\_\_a………………………………………Prov……………………………….……(….)

Residente a………………………………Via/P.zza/Loc…………………………………………….n°……

C.F./P.IVA…………………………………………..……….C.I. n°……………………………………….

Recapito telefonico……………………….…Cell…………………………e-mail…………………………

PEC…………………………………………………..……………………………………………………...

Sito Web……………………………………………………………………………………………………..

RICHIEDE

La Registrazione presso l’AUSL in qualità di figura professionale/operatore che eroga IAA, in qualità di:

Responsabile di Progetto TAA

Responsabile di Progetto EAA

Referente di intervento TAA

Referente di intervento EAA

Medico Veterinario esperto in IAA

Coadiutore del cane

Coadiutore del cane, gatto e coniglio

Coadiutore del cavallo

Coadiutore dell’asino

Responsabile di Attività in AAA

*(Indicare la/le figure corrispondenti)*

DICHIARA

 *(indicare la/ le voce/i corrispondente/i):*

⃝ di operare in IAA, in quanto in possesso di attestati di formazione a corsi e/o esperienza pratica nell’ambito dell’IAA ,

⃝ di non possedere la specifica IDONEITÀ. Si impegna pertanto, entro il 25 marzo 2019, ai sensi dell’art. 10 comma 3, ad acquisire l’idoneità specifica sulla base dei criteri stabiliti dalle Linee Guida di cui all’ASR rep.atti n° 60/CSR del 25 marzo 2015 ed a trasmettere l’attestato una volta acquisito all’AUSL di competenza.

⃝ di possedere specifica IDONEITÀ rilasciata da (specificare) ………………………………………… sulla base dei criteri stabiliti dalle Linee Guida di cui all’ASR rep.atti n° 60/CSR del 25 marzo 2015.

⃝ di operare stabilmente presso Centri specializzati/Strutture non specializzate

⃝ di non operare stabilmente all’interno di un Centro Specializzato o di una struttura Riconosciuta

⃝ di operare presso strutture non riconosciute\* (che non necessitano di nulla osta) ad esempio presso il domicilio del paziente o presso istituti scolastici, ospedali, poliambulatori, studi professionali, case di riposo, istituti di accoglienza per minori, case-famiglia, istituti di pena, centri educativi, maneggi, aziende agricole che ospitano IAA

*\*Sono: struttura non specializzata che svolge AAA, struttura non specializzata che erogano EAA senza animali residenziali, strutture non specializzate che erogano entrambe le precedenti*

Il sottoscritto si impegna inoltre:

* se responsabile di progetto che eroga EAA e TAA, a trasmettere l’elenco dei progetti attivati nell’anno, entro il 31 Dicembre, alla Regione ed al Centro di Referenza Nazionale per gli IAA.
* Se operante in AAA si impegna ad effettuare l’attività di pianificazione in AAA così come previsto dalle Linee Guida Nazionali *(Allegate alla DGR 1680 del 20/11/2015)*
* nel caso di detenzione/possesso di animali da Pet Therapy, a rispettare, oltre a quanto previsto dall’A.S.R del 25 marzo 2015 in materia, i requisiti previsti dalledisposizioni normative veterinarie vigenti.

 ALLEGA

* Allegato I (specie animali coinvolte e numero)
* Copia dell’attestato di idoneità (*se presente*) rilasciato dall’Ente competente
* Curriculum vitae datato e firmato e redatto secondo la Nota del Ministero della Salute n. 13013 del 26/05/2016 e allegato al presente modulo reperibile dal sito del CRNIAA [*http://www.izsvenezie.it/temi/altri-temi/interventi-assistiti-con-gli-animali/normativa/*](http://www.izsvenezie.it/temi/altri-temi/interventi-assistiti-con-gli-animali/normativa/)
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione con i contenuti di cui all’Allegato B della DGR 1680 del 20/11/2015 (*scaricabile dal sito della Regione VDA:*

[*http://www.regione.vda.it/sanita/prevenzione/veterinaria/animaliaffezione/pet-therapy/modulistica\_i.aspx*](http://www.regione.vda.it/sanita/prevenzione/veterinaria/animaliaffezione/pet-therapy/modulistica_i.aspx)

 Luogo e data Firma e timbro

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato 1

Specie animali coinvolte e numero:

CANE:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Razza** | **Sesso** | **Data di nascita** | **Microchip** | **n°Riconoscimento****(se presente)** | **Note:** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

GATTO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Razza** | **Sesso** | **Data di nascita** | **Microchip** | **Note** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

CAVALLO (Non DPA)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Razza** | **Sesso** | **Data di nascita** | **Microchip** | **Passaporto n°** | **Note** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ASINO (Non DPA)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Razza** | **Sesso** | **Data di nascita** | **Microchip** | **Passaporto n°** | **Note** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

CONIGLIO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Razza** | **Sesso** | **Data di nascita** | **Microchip** | **Note** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma e timbro

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CURRICULUM VITAE

|  |  |
| --- | --- |
| **Informazioni personali** |  |
| Nome/ Cognome | **Nome Cognome**  |
| Indirizzo | Numero civico, via, codice postale, città, nazione.  |
| TelefonoCellulare |  |
| Fax |  |
| E-mail |  |
|  |  |
| Cittadinanza |  |
|  |  |
| Data di nascita |  |
|  |  |
| Sesso |  |
|  |  |
|  |  |
| **Esperienza professionale** |  |
| **ESPERIENZA PROFESSIONALE** **NON NELL’AMBITO DEGLI IAA***Inserire solo due voci principali* | *Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.* |
|  |  |
| Date da………a……… |  |
| Lavoro o posizione ricoperti |  |
| Principali attività e responsabilità |  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro |  |
| Tipo di attività o settore |  |
|  |  |
| Date da………a……… |  |
| Lavoro o posizione ricoperti |  |
| Principali attività e responsabilità |  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro |  |
| Tipo di attività o settore |  |
|  |  |
| **ESPERIENZA PROFESSIONALE MATURATA NELL’AMBITO DEGLI IAA** | *Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.* |
|  |  |
| Date da………a……… |  |
| Descrizione progetto | TAA/EAA/AAA |
| Lavoro o posizione ricoperti | Responsabile di progetto in ambito sanitario/non sanitario/referente di intervento in ambito sanitario/non sanitario/medico veterinario esperto in IAA/coadiutore del cane e animali d’affezione/coadiutore dell’asino/coadiutore del cavallo/altro? |
| Setting/tipo di struttura |  |
| Principali attività e responsabilità |  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro/responsabile di progetto/associazione presso la quale si è svolta l’esperienza |  |
|  |  |
| Date da………a……… |  |
| Descrizione progetto | TAA/EAA/AAA |
| Lavoro o posizione ricoperti | Responsabile di progetto in ambito sanitario/non sanitario/referente di intervento in ambito sanitario/non sanitario/medico veterinario esperto in IAA/coadiutore del cane e animali d’affezione/coadiutore dell’asino/coadiutore del cavallo/altro? |
| Setting/tipo di struttura |  |
| Principali attività e responsabilità |  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro/responsabile di progetto/associazione presso la quale si è svolta l’esperienza |  |
|  |  |
|  |  |
| **Istruzione e formazione** |  |
|  |  |
| **ISTRUZIONE E FORMAZIONE** **NON NELL’AMBITO DEGLI IAA***Inserire solo due voci principali (es. laurea, diploma, altro)* | *Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.* |
|  |  |
| Date da………a……… |  |
| Titolo della qualifica rilasciata |  |
| Principali tematiche/competenze professionali acquisite |  |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione |  |
| Livello nella classificazione nazionale o internazionale |  |
|  |  |
| Date da………a……… |  |
| Titolo della qualifica rilasciata |  |
| Principali tematiche/competenze professionali acquisite |  |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione |  |
| Livello nella classificazione nazionale o internazionale |  |
|  |  |
| **PERCORSO FORMATIVO** **NELL’AMBITO DEGLI IAA** | **Tutti i corsi sotto riportati devono essere correlati da relativi attestati di partecipazione in allegato** *Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato.* |
|  |  |
| Date da………a……… |  |
| Titolo del corso |  |
| Obiettivo formativo |  |
| Numero ore (specificare teoria/pratica) |  |
| Ruolo/professionalità al quale era indirizzato l’evento formativo |  |
| Contenuti trattati (utilizzare la dicitura delle linee guida) |  |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione |  |
|  |  |
| Date da………a……… |  |
| Titolo del corso |  |
| Obiettivo formativo |  |
| Numero ore (specificare teoria/pratica) |  |
| Ruolo/professionalità al quale era indirizzato l’evento formativo |  |
| Contenuti trattati (utilizzare la dicitura delle linee guida) |  |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione |  |
|  |  |
|  |  |
| **Ulteriori informazioni** | Compilare, se del caso, fornendo le relative specifiche |
|  |  |
| Docenze in corsi di formazione attinenti gli IAA |  |
| Responsabile scientifico/relatore in convegni nazionali o internazionali, master nell’ambito degli IAA |  |
| Pubblicazioni scientifiche su riviste peer reviewed nell’ambito degli IAA |  |
| Pubblicazione di libri nell’ambito degli IAA |  |
|  |  |
|  |  |
| **Allegati** | Enumerare gli allegati al CV.  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.  |
| **Data** **Firma** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |