

**Azienda Sanitaria Provinciale**  
**di \_\_\_\_\_**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**(Indirizzo o PEC)**

**Oggetto: Istanza di iscrizione nell'Elenco regionale dei Centri specializzati e delle Strutture non specializzate abilitate ad erogare Terapie Assistite con gli Animali (TAA) e/o Educazione Assistita con gli Animali (EAA) senza obbligo di *nulla osta*.**

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_  
Provincia di \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante della Struttura non specializzata  
Denominazione \_\_\_\_\_  
CF/Partita IVA \_\_\_\_\_  
Sede legale \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
Sede operativa \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

Ai sensi degli *articoli 46 e 47, DPR n. 445/2000* 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, DPR n. 445/2000* con espresso riferimento all'impresa che rappresenta

**CHIEDE**

l'iscrizione nell'Elenco regionale dei Centri specializzati e delle Strutture non specializzate abilitate ad erogare prestazioni di Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) quale:

- Struttura non specializzata che eroga educazione Assistita con Animali (EAA) senza animali residenziali

---

- Struttura non specializzata che svolge Attività Assistita con Animali (AAA)
- Struttura non specializzata che eroga EAA senza animali residenziali e AAA

A tal fine dichiara:

- di essere in regola con quanto previsto dalle normative amministrative, edilizie e sanitarie vigenti e il *D.Lgs n. 81/2008* per gli aspetti di tutela del lavoratore;
- di operare con (barrare la/le voci che interessano):
  - ☐ cane ☐ gatto ☐ coniglio ☐ cavallo ☐ asino
- di impiegare nei progetti figure professionali e operatori in possesso dei requisiti stabiliti nelle Linee guida nazionali (Accordo Stato Regioni del 25/03/2015) ed in possesso di attestati di idoneità riconosciuti dalle Regioni, dal Centro Referenza Nazionale e dall'Istituto Superiore di Sanità.

(esclusivamente per le strutture che erogano EAA) Inoltre, il sottoscritto si impegna a:

- comunicare all'ASP l'inizio dei progetti con una relazione del veterinario dell'equipe multidisciplinare che gestisce il progetto.
- trasmettere alla ASP ed al Centro di riferimento 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.

Si allegano:

1. copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
2. attestazione del pagamento delle spese di istruttoria come da DCA n. 30/2023 relativo al *D.lgs n. 32/2021*

Ai sensi e per gli effetti di cui all'*art.13, D.lgs n. 196/2003*, 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 Calabria.

Luogo e data .....

IL LEGALE RAPPRESENTANTE  
(firma e timbro)

---