

ASSESSORATO SANITA', SALUTE E POLITICHE SOCIALI  
DIPARTIMENTO SANITA', SALUTE E POLITICHE SOCIALI  
IGIENE E SANITA' PUBBLICA E VETERINARIA

## **PROVVEDIMENTO DIRIGENZIALE**

N. 147 in data 21-01-2016

OGGETTO : APPROVAZIONE DELLA MODULISTICA DI CUI AL PUNTO 4 DELLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA N. 1680 DEL 20/11/2015 RECANTE “RECEPIMENTO DELL’ACCORDO IN DATA 25/3/2015, AI SENSI DEGLI ARTT. 2, COMMA 1, LETTERA B) E 4, COMMA 1, DEL D.LGS. 28/8/1997 N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE “LINEE GUIDA NAZIONALI PER GLI INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI (IAA)” E APPROVAZIONE DI DISPOSIZIONI REGIONALI ATTUATIVE DELL’ACCORDO STESSO”.

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA IGIENE E SANITA' PUBBLICA E VETERINARIA

vista la legge regionale 23 luglio 2010, n. 22 “Nuova disciplina dell’organizzazione dell’Amministrazione regionale e degli enti del comparto unico della Valle d’Aosta. Abrogazione della legge regionale 23 ottobre 1995, n. 45, e di altre leggi in materia di personale” e, in particolare, l’articolo 4, relativo alle funzioni della direzione amministrativa;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 708 in data 15 maggio 2015 concernente la ridefinizione della struttura organizzativa dell'Amministrazione regionale, a modificazione della DGR 578/2012 e successive integrazioni, a decorrere dal 1° giugno 2015;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1404 del 23/08/2013 recante il conferimento dell'incarico dirigenziale al sottoscritto, come confermato con DGR 708/2015;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1964 in data 30.12.2015 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2016/2018, del bilancio di cassa per l'anno 2016, di disposizioni applicative e l'affiancamento, a fini conoscitivi, del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2016/2018, ai sensi del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1680 del 20/11/2015 recante "Recepimento dell'Accordo in data 25/3/2015, ai sensi degli artt. 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1, del D.Lgs. 28/8/1997 n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)" e approvazione di disposizioni regionali attuative dell'accordo stesso";

richiamato in particolare il punto 4) del deliberato del suddetto atto, che stabilisce "che la modulistica regionale sarà approvata dal dirigente competente con proprio atto e verrà pubblicata sul sito regionale";

#### d e c i d e

1. di approvare la modulistica di cui al punto 4 della deliberazione della Giunta regionale n. 1680 del 20/11/2015 di seguito riportata e facente parte integrante del presente provvedimento:
  - Modulo per domanda iscrizione all'albo regionale delle figure professionali/operatori che erogano IAA ai sensi della DGR 1680 del 20/11/2015;
  - Modulo per domanda iscrizione all'albo regionale da parte dei centri specializzati/strutture non specializzate che erogano IAA ai sensi della DGR 1680 del 20/11/2015;
  - Istanza di registrazione presso l'AUSL di figure professionali ed operatori che erogano IAA presso strutture non riconosciute ai sensi della DGR 1680 del 20/11/2015 e dell'art.7 comma 1, lett. c) di cui all'ASR Rep. atti n° 60/CSR del 25 marzo 2015;
  - Istanza di riconoscimento cani di assistenza a persone con disabilità ai sensi della DGR 1680 del 20/11/2015 e dell'art.6 comma 2 dell'Accordo Stato Regioni Rep. atti n.60/CSR del 25 marzo 2015;
  - Nulla osta delle autorità sanitarie competenti ai sensi della DGR 1680 del 20/11/2015 e dell'art.7 b) di cui all'ASR Rep. atti n° 60/CSR del 25 marzo 2015;
  - Modulo per la richiesta di accreditamento ai fini della realizzazione di attività formative ai sensi della DGR 1680 del 20 /11/2015 e art.4 ASR 25/03/15;
2. di dare atto che la suddetta modulistica verrà pubblicata sul sito regionale;
3. di stabilire che il presente provvedimento sia trasmesso, a cura della Struttura regionale competente in materia, al Ministero della salute, al Centro di riferimento nazionale per gli IAA, al Direttore Generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, al CELVA e alle associazioni di categoria.

L'estensore  
- Lilia Domeneghetti -

Il Dirigente  
- Mauro Ruffier -

MARCA DA  
BOLLO DA  
EURO16,00

**All'Assessorato sanità, salute  
e politiche sociali  
Via De Tillier, 30  
11100 AOSTA**

**trasmessa per il tramite  
dell'Azienda USL della Valle d'Aosta  
Dipartimento di prevenzione  
Loc. Amérique 7/L  
11020 QUART AO**

N° iscrizione all'albo  
regionale (parte riservata  
all'Assessorato sanità)

\_\_\_\_\_

**MODULO PER DOMANDA ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE  
DELLE FIGURE PROFESSIONALI /OPERATORI CHE EROGANO IAA  
AI SENSI DELLA DGR 1680 DEL 20 /11/2015**

**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.....e-mail.....

**In qualità di Legale Rappresentante:**

Nome per esteso.....Sigla.....  
C.F./P.IVA.....N° Iscrizione Camera di Commercio.....  
Sede legale a.....(.....)Via/P.zza/Loc.....n°.....  
Recapito telefonico.....Cell.....Fax.....

e-mail.....PEC.....

Sito Web.....

Sede operativa a.....(.....)Via/P.zza/Loc .....n°.....  
( *Allegare planimetrie dettagliate con destinazione d'uso dei locali*)

-se trattasi di centri specializzati e strutture pubbliche o private che erogano IAA:  
n° di iscrizione all'apposito elenco regionale.....

-se trattasi di strutture non specializzate, nulla osta rilasciato da autorità sanitarie competenti  
prot.n°.....

-in caso di figure professionali/operatori che erogano IAA in strutture non riconosciute n° di registrazione  
AUSL.....

Richiede l'iscrizione all'Elenco regionale delle figure professionali/operatori che erogano IAA ai sensi dell' art. 4 comma 1 e capitolo 9 delle L.G. di cui all'Accordo Stato Regioni n° 60 del 25 marzo 2015, impegnandosi entro 24 mesi ad acquisire specifica idoneità sulla base dei criteri stabiliti dalle Linee Guida di cui sopra.

Si allegano pertanto le seguenti informazioni:

**Caratteristiche dell'attività che si intende svolgere**.....

.....  
.....

**Dettaglio dell'attività inerente gli IAA già svolta di cui si allega relativa attestazione:**

.....  
.....  
.....

**Figure Professionali coinvolte ai sensi dell'art.3 capitolo 4 dell'ASR (équipe multidisciplinare): *Si allegano curriculum vitae***

a)Medico veterinario comportamentalista esperto in IAA (previsto per TAA,EAA,AAA)

.....

b)Coadiutore dell'animale previsto dall'ASR e se di specie diversa con valutazione da parte di Organismo riconosciuto(previsto per TAA,EAA,AAA):

1. ....n° iscrizione elenco regionale .....

2. ....n° iscrizione elenco regionale .....

3. ....n° iscrizione elenco regionale .....

4. ....n° iscrizione elenco regionale .....

5. ....n° iscrizione elenco regionale .....

6. ....n° iscrizione elenco regionale .....

c)Resp. di Progetto(previsto per TAA,EAA).....n° iscrizione elenco regionale....

d)Ref. d'intervento(previsto per TAA,EAA).....n° iscrizione elenco regionale....

e)Resp.d'attività(solo per AAA insieme a a) e b)).....n° iscrizione elenco regionale....

**N.B. : tutti i componenti dell'equipe devono avere una specifica formazione e l'attestazione di idoneità relativa agli IAA di cui al Capitolo 9 delle L.G**

**Specie animali coinvolte e numero:**

Cani:

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico</b>	

Gatti

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico(se presente)</b>	

Equidi (cavalli o Asini)

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico (se presente)</b>	

Conigli

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico (se presente)</b>	

Luogo e data

Firma leggibile (e timbro)

MARCA DA  
BOLLO DA  
EURO16,00

All'Assessorato sanità, salute  
e politiche sociali  
Via De Tillier, 30  
11100 AOSTA

trasmessa per il tramite  
dell'Azienda USL della Valle d'Aosta  
Dipartimento di prevenzione  
Loc. Amérique 7/L  
11020 QUART AO

N° iscrizione all'albo  
regionale (parte riservata  
all'Assessorato sanità)

**MODULO PER DOMANDA ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE DA PARTE DEI  
CENTRI SPECIALIZZATI/STRUTTURE non SPECIALIZZATE CHE EROGANO IAA  
AI SENSI DELLA DGR 1680 DEL 20 /11/2015**

**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..... e-mail.....

**In qualità di Legale Rappresentante del Centro Specializzato/struttura non specializzata:**

Nome per  
esteso..... Sigla.....  
C.F./P.IVA..... N° Iscrizione Camera di Commercio.....  
Sede legale a.....(.....)Via/P.zza/Loc.....n°.....  
Recapito telefonico..... Cell..... Fax.....  
e-mail..... PEC..... Sito Web.....  
Sede operativa a.....(.....)Via/P.zza/Loc.....n°.....

( *Allegare planimetrie dettagliate con destinazione d'uso dei locali* )

Richiede l'iscrizione all'Elenco regionale dei centri specialistici/strutture non specialistiche che erogano IAA. Comunica altresì che la Struttura:

- è operante con/ senza animali residenziali, in possesso del NULLA OSTA rilasciato dalle autorità sanitarie competenti in conformità alle Linee Guida di cui all'ASR del 25 marzo 2015(art. 7 b) {(in regola con tutte le norme amministrativa, edilizie, sanitarie vigenti ed in possesso dei requisiti previsti dal capitolo 5 delle L.Guida) ( capitolo 5.2 per le strutture non specializzate)}
- è operante con/ senza animali residenziali (in regola con tutte le norme amministrativa, edilizie, sanitarie vigenti), non in possesso del NULLA OSTA per cui si impegna, ai sensi dell' art. 10 comma 2, ad adeguarsi entro 24 mesi a quanto previsto ai sensi degli art.li 5 b), 7a),b),e),f), art. 8 comma 1, di cui all'Accordo Stato Regioni n° 60 del 25 marzo ed al capitolo 5.1 delle allegate Linee Guida {( capitolo 5.2 per le strutture non specializzate)}
- vengono svolte le seguenti IAA:     AAA     EAA     TAA

● **Le figure Professionali/operatori coinvolti** ai sensi dell'art.3 capitolo 4 dell'ASR (*équipe multidisciplinare*) sono: **(Si allegano curriculum vitae)** **N.B. : tutti i componenti dell'equipe devono avere una specifica formazione e l'attestazione di idoneità relativa agli IAA di cui al Capitolo 9 delle L.G**

a) Medico veterinario comportamentalista esperto in IAA (previsto per TAA,EAA,AAA)

b) Coadiutore dell'animale previsto dall'ASR e se di specie diversa con valutazione da parte di Organismo riconosciuto (previsto per TAA,EAA,AAA):

1. ....n° iscrizione elenco regionale.....
2. ....n° iscrizione elenco regionale .....
3. ....n° iscrizione elenco regionale .....
4. ....n° iscrizione elenco regionale .....
5. ....n° iscrizione elenco regionale .....

c) Resp. di Progetto (previsto per TAA,EAA).....n° iscrizione elenco regionale.....

d) Ref. d'intervento (previsto per TAA,EAA).....n° iscrizione elenco regionale.....

e) Resp.d'attività (solo per AAA più a) e b)).....n° iscrizione elenco regionale.....

PER I CENTRI SPECIALIZZATI e per STRUTTURE NON SPECIALIZZATE con animali residenziali:

1. Responsabile del Centro
2. Figure professionali, sanitarie e non e operatori formati in numero adeguato in relazione ai progetti
3. Direttore sanitario Veterinario, responsabile del benessere animale e e operatori formati per accudire gli animali

PER I CENTRI SPECIALIZZATI e per STRUTTURE NON SPECIALIZZATE con animali non residenziali:

1. Presenza di procedure operative volte a garantire la sicurezza di utenti nonché la tutela della salute e del benessere animale
2. Presenza dei requisiti relativi alle “aree per l'erogazione degli interventi” di cui al paragrafo 5.1 delle L.G.

**Specie animali coinvolte e numero:**

Cani:

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico</b>	

Gatti

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico(se presente)</b>	

Equidi (Cavalli o Asini)

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico(se presente)</b>	

Conigli

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico(se presente)</b>	

Luogo e data

Firma leggibile (e timbro)

MARCA DA  
BOLLO DA  
EURO16,00

All'Assessorato sanità, salute  
e politiche sociali  
Via De Tillier, 30  
11100 AOSTA

trasmessa per il tramite  
dell'Azienda USL della Valle d'Aosta  
Dipartimento di prevenzione  
Loc. Amérique 7/L  
11020 QUART AO

n° registrazione  
AUSL

**ISTANZA DI REGISTRAZIONE PRESSO L'AUSL DI FIGURE PROFESSIONALI ED  
OPERATORI CHE EROGANO IAA PRESSO STRUTTURE NON RICONOSCIUTE  
DGR 1680 DEL 20 /11/2015 e ai sensi dell'art.7 c) di cui all'ASR Rep. atti n° 60/CSR del 25 marzo 2015**

**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.....

● **In qualità di Figura professionale sanitarie e non,.....(specificare)**  
erogante prestazioni di IAA presso strutture non riconosciute( 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)  
( *Allegare planimetrie dettagliate con destinazione d'uso dei locali*)

Oppure

● **In qualità di operatore ,.....(specificare)** erogante prestazioni di IAA presso strutture non riconosciute (vedi sopra)

**RICHIEDE la REGISTRAZIONE presso l'AUSL competente**

Dichiara inoltre:

● di operare in IAA, in quanto in possesso di attestati di formazione a corsi, esperienza pratica, (*allegare Curriculum formativo-professionale datato e firmato*), ma di non possedere la specifica idoneità di cui sopra. Si impegna pertanto, entro 24 mesi, 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 specificata 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

N.B. la presente registrazione verrà trasmessa a cura dell'AUSL all'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali ai fini dell'espletamento degli atti successivi

Luogo e data

Firma leggibile (e timbro)

MARCA DA  
BOLLO DA  
EURO16,00

**All'Assessorato sanità, salute  
e politiche sociali  
Via De Tillier, 30  
11100 AOSTA**

**trasmessa per il tramite  
dell'Azienda USL della Valle d'Aosta  
Dipartimento di prevenzione  
Loc. Amérique 7/L  
11020 QUART AO**

ISTANZA DI RICONOSCIMENTO CANI DI ASSISTENZA A PERSONE CON DISABILITÀ  
ai sensi della DGR 1680 del 20 /11/2015 e dell'Art.6 comma 2 dell'Accordo Stato Regioni Rep atti  
n.60/CSR del 25 marzo 2015

**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.....e-mail.....

● **In qualità di PROPRIETARIO/COADIUTORE/ALTRO,.....(specificare)**

Del/i cane/i detenuto/i presso:

.....

**RICHIESTE**

di iscrivere il/i seguenti cani all'elenco regionale al fine di poter usufruire delle agevolazioni ai sensi della  
L.37 dell'14/02/1974 e ss.mm.e ii.

NOME	RAZZA	SESSO	ETA	MICROCHIP

Si allega/no altresì curriculum/a attestante/i percorsi educativi e di addestramento del/degli animali

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

SEDE e DATA

Firma leggibile (e timbro)

**Carta intestata dell'autorità sanitaria competente**

**All'Assessorato sanità, salute  
e politiche sociali  
Via De Tillier, 30  
11100 AOSTA**

**Al richiedente Sig./Sig.ra**  
\_\_\_\_\_

N° iscrizione albo regionale (parte  
riservata all'Assessorato sanità)

\_\_\_\_\_

**NULLA OSTA DELLE AUTORITÀ SANITARIE COMPETENTI  
AI SENSI DELLA DGR 1680 DEL 20 /11/2015 E  
DELL'ART.7 b) DI CUI ALL'ASR REP.ATTI N° 60/CSR DEL 25 MARZO 2015**

Si comunica, per quanto di competenza, vista la domanda presentata in data \_\_/\_\_/\_\_ ai sensi dell'art. 7 b) dell'ASR di cui al Rep. Atti n° 60/CSR del 25/03/2015 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con Animali (IAA)", ed il sopralluogo effettuato in data \_\_/\_\_/\_\_ che

NULLA OSTA,

ai sensi dell'art. 7 b) e del capitolo 5.1 (Requisiti strutturali e gestionali) delle Linee Guida allegate all'ASR di cui sopra

**\* all'erogazione di IAA da parte del CENTRO SPECIALIZZATO:**

Nome per esteso.....Sigla.....  
C.F./P.IVA.....N° Iscrizione Camera di Commercio.....  
Sede legale a.....(.....)Via/P.zza/Loc.....n°.....  
Recapito telefonico.....Cell.....Fax.....  
e-mail.....PEC.....  
Sito Web.....  
Sede operativa a.....(.....)Via/P.zza/Loc.....n°.....

**il cui legale rappresentante è:**

Nome e Cognome.....Nata/o il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a.....Prov.....(.....)  
Residente a.....Via/P.zza/Loc.....n°.....  
C.F./P.IVA.....C.I. n°.....  
Recapito telefonico.....e-mail.....

**○\* all'erogazione di IAA da parte della STRUTTURA non SPECIALIZZATA:**

Nome per esteso.....Sigla.....  
C.F./P.IVA.....N° Iscrizione Camera di Commercio.....  
Sede legale a.....(.....)Via/P.zza/Loc.....n°.....  
Recapito telefonico.....Cell.....Fax.....  
e-mail.....PEC.....  
Sito Web.....  
Sede operativa a.....(.....)Via/P.zza/Loc.....n°.....

**il cui legale rappresentante è:**

Nome e Cognome.....Nata/o il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a.....Prov.....(.....)  
Residente a.....Via/P.zza/Loc.....n°.....  
C.F./P.IVA.....C.I. n°.....  
Recapito telefonico.....e-mail.....

Luogo e data

Timbro e firma dell'Autorità  
sanitaria territoriale competente

\* selezionare la struttura corrispondente

MARCA DA  
BOLLO DA  
EURO16,00

**All'Assessorato sanità, salute e politiche  
sociali della Regione Valle d'Aosta  
Via De Tillier, 30  
11100 Aosta**

**MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO AI FINI DELLA REALIZZAZIONE DI  
ATTIVITA' FORMATIVE AI SENSI DELLA DGR 1680 DEL 20 /11/2015 E ART.4 ASR 25/03/15**  
"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  
DOCUMENTO 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/P.zza/Loc.....

n° Recapito telefonico..... e mail.....

Domiciliato a..... Via/P.zza/Loc..... n°.....

Recapito telefonico..... e-mail..... PEC.....

Livello di istruzione:.....

**In qualità di Legale Rappresentante:**

Nome per esteso della Ragione Sociale..... Sigla.....

C.F./P.IVA..... N° Iscrizione Camera di Commercio.....

Sede legale a.....(.....)Via/P.zza/Loc..... n°.....

Recapito telefonico..... Cell..... Fax.....

e-mail..... PEC.....

CHIEDE ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA 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/P.zza/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 25/03/15**
- ❖ **di disporre dei requisiti strutturali e gestionali di cui al punto 5.1 delle Linee Guida nazionali relative agli Interventi Assistiti con Animali ASR 25/03/15)**
- ❖ **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 1680 del 20 novembre 2015** *(si allega)*
- ❖ **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 la 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 curricula vitae delle risorse professionali appartenenti al nucleo stabile del soggetto in accreditamento, di cui va garantito l’aggiornamento.**

**Dichiara altresì di allegare le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà di cui ai moduli A e B**

*(Luogo e data)* \_\_\_\_\_

Il dichiarante

(1) \_\_\_\_\_

(1) Firma per esteso e leggibile.

## Modulo A

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46, DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto (*nome e cognome*)

nato a (*Comune di nascita*)

provincia di

il

in qualità di legale rappresentante di:

(*ragione sociale e natura giuridica*)

(*indirizzo*)

(*codice fiscale*)

(*partita iva*)

### DICHIARO

sotto la mia responsabilità, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi:

1. di non aver riportato condanne passate in giudicato per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale, nonché per reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, associazione di tipo mafioso L.575/65 (e successive modificazioni e integrazioni), di corruzione, di frode, di riciclaggio;
2. di non aver riportato condanne per reati di natura amministrativo-finanziaria o fallimentare;
3. di non essere soggetto a procedure a proprio carico di natura fallimentare, a liquidazione coatta amministrativa, a concordato preventivo e procedimenti connessi a tali fattispecie normative;
4. di non aver riportato condanne penali passate in giudicato che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
5. di essere a conoscenza della sospensione della condizione di accreditamento derivante dall'accertamento delle eventuali non conformità, nonché della decadenza, ai sensi dell'art. 75 del DPR 28/12/2000 n. 445, dei benefici eventualmente ottenuti.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. lvo 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(*Luogo e data*) \_\_\_\_\_

Il dichiarante

(1) \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.

(1) Firma per esteso e leggibile.

## Modulo B

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47, DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto (*nome e cognome*)

nato a (*Comune di nascita*)

provincia di

Il

in qualità di legale rappresentante di:

(*ragione sociale e natura giuridica*)

(*indirizzo*)

(*codice fiscale*)

(*partita iva*)

### DICHIARO

– sotto la mia responsabilità, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi;

– per la sede formativa ubicata in:

(*indirizzo*)

(*CAP*)

(*Comune*)

1. di rispettare le normative vigenti in materia di sicurezza, prevenzione infortuni, prevenzione incendi e igiene del lavoro, anche con riferimento agli obblighi previsti dal D.lgs 81/08 e successive modificazioni, in relazione alla specifica destinazione dei locali ed in conformità con quanto disposto al requisito R.9;

2. di essere a conoscenza della sospensione della condizione di accreditamento derivante dall'accertamento delle eventuali non conformità, nonché della decadenza, ai sensi dell'art. 75 del DPR 28/12/2000 n. 445, dei benefici eventualmente ottenuti.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. lvo 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(*Luogo e data*) \_\_\_\_\_

Il dichiarante

(1) (2) \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata :

sottoscritta in presenza del dipendente addetto (*nome del dipendente* \_\_\_\_\_)

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(1) Firma per esteso e leggibile.

(2) La firma deve essere apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione della dichiarazione o dell'istanza nella quale la dichiarazione è contenuta o alla quale è collegata. In alternativa, la dichiarazione può essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

**MODULO C Specie animali coinvolte e numero:**

Cani:

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico</b>	

Gatti

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico(se presente)</b>	

Equidi (cavalli o Asini)

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico(se presente)</b>	

Conigli

<b>Nome</b>	<b>Microchip anagrafico(se presente)</b>	

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Il dichiarante

(1) \_\_\_\_\_

(1) Firma per esteso e leggibile.

IL COMPILATORE  
Lilia DOMENEGHETTI

MAURO RUFFIER

# ASSESSORATO BILANCIO, FINANZE E PATRIMONIO

---

## Struttura gestione della spesa, bilancio di cassa e regolarità contabile

Piani dei conti Finanziario

IV livello:

V livello:

*Codice creditore/debitore*

*Descrizione / Motivazione*

Atto non soggetto a visto regolarità contabile

IL DIRIGENTE

---

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DEL CONTROLLO CONTABILE

## **REFERTO PUBBLICAZIONE**

Il sottoscritto certifica che copia del presente provvedimento è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal 22/01/2016 per quindici giorni consecutivi.

IL SEGRETARIO REFERTO