



Assessorat de la Santé,  
du Bien-être et des  
Politiques sociales  
Assessorato Sanità,  
Salute e Politiche sociali

Réf. n° - Prot. n.  
V/ réf. – Vs. rif.

Aoste / Aosta

Ministero della Salute  
Direzione generale della sanità  
animale e dei farmaci veterinari  
Ufficio VI –  
Dott. Vincenzo Ugo SANTUCCI  
dgsa@postacert.sanita.it

Direttore Generale  
Azienda Usl - SEDE

Centro di Referenza Nazionale per  
gli interventi assistiti con gli  
animali (Pet therapy)  
c/o Istituto Zooprofilattico  
Sperimentale delle Venezie  
izsvenezie@legalmail.it

A.V.A.P.A. Onlus  
infoavapaonlus@cert.ica-net.it

Centro Federale di Abilitazione  
equestre A.V.R.E.S. Onlus  
Fraz. Breil  
11020 NUS AO

Centro Cinofilo  
CHEZ-VOUS di Lorella Borre  
Fraz. Chez Roncoz, 34  
11020 GIGNOD AO

Associazione  
Pet Therapy Italia VdA Onlus  
pettherapyvda@pec.it

### **Trasmissione tramite PEC.**

.....  
Département de la santé, du bien-être et des politiques sociales  
Dipartimento sanità, salute e politiche sociali  
Igiene e sanità pubblica e veterinaria  
Hygiène et santé publique et vétérinaire

30, Rue De Tillier  
11100 Aoste  
telefono +39 0165273111  
telefax +39 0165274231

Via De Tillier, 30  
11100 Aosta  
telefono +39 0165273111  
telefax +39 0165274231

Il responsabile del procedimento:  
Dott. Mauro Ruffier – 0165/274233  
m.ruffier@regione.vda.it

Posta PEI: [sanita\\_politichesociali@regione.vda.it](mailto:sanita_politichesociali@regione.vda.it)  
Posta PEC: [sanita\\_politichesociali@pec.regione.vda.it](mailto:sanita_politichesociali@pec.regione.vda.it)  
[www.regione.vda.it](http://www.regione.vda.it)

C.F. 80002270074



**OGGETTO:** sostituzione di parte della modulistica adottata con PD n. 147 del 21/10/2016 recante “Approvazione della modulistica di cui al punto 4 della deliberazione di Giunta n. 1680 del 20/11/2015 recante “Recepimento dell’accordo, 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”.

Con la presente si invia il provvedimento dirigenziale n. 5445, del 16 novembre 2016, relativo all’oggetto.

Distinti saluti.

Il Dirigente  
- Dr. Mauro RUFFIER -

sb

All.: 1.

R:\Vettutam\pet therapy\DGR\_IAA\_2015\notifica\_PD\_MODULISTICA\_IAA.doc

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

## **PROVVEDIMENTO DIRIGENZIALE**

**N. 5445 in data 16-11-2016**

**OGGETTO :** SOSTITUZIONE DI PARTE DELLA MODULISTICA ADOTTATA CON PD N.147 DEL 21/01/2016 RECANTE “APPROVAZIONE DELLA MODULISTICA DI CUI AL PUNTO 4 DEL DELIBERATO DELLA DGR 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";

richiamato il provvedimento dirigenziale n. 147 del 21.01.2016, con il quale si approvava la modulistica di cui al punto 4 del deliberato della deliberazione di Giunta n. 1680 del 20/11/2015;

evidenziata la necessità di modificare parte della suddetta modulistica per renderla rispondente alle nuove disposizioni del Ministero della Salute pervenute in data 26/5/2016 protocollo 13013-P recanti "Disposizioni transitorie cap. 9.4 - Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)" e per uniformare le procedure di registrazione delle figure professionali/operatori che erogano IAA;

#### d e c i d e

1. di sostituire una parte della modulistica approvata con provvedimento dirigenziale n. 147 del 21.01.2016 e più precisamente:

- il modulo per la 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;
- il modulo per l'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;
- il modulo per l'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, rispettivamente, i moduli di seguito riportati, facenti parte integrante del presente provvedimento:

- Domanda di nulla osta e iscrizione all'albo regionale da parte dei centri specializzati/strutture non specializzate che erogano TAA ed EAA con animali residenziali (ai sensi dell'art.7 punto 1-lett.B dell'ASR del 25/03/15)
- 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'ASR n° 60 del 25 marzo 2015);
- Istanza di riconoscimento cani guida per non vedenti ed ipovedenti e di tutti i 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);

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 referenza 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 -

N° iscrizione all'albo regionale  
(Parte riservata all'Assessorato  
Sanità)

Prot.AUSL n°

**ALLA REGIONE AUTONOMA  
VALLE D'AOSTA  
Assessorato Sanità, Salute e Politiche  
Sociali  
Igiene e Sanità Pubblica e Veterinaria  
Via De Tillier, 30  
11100 Aosta AO**

trasmessa per il tramite  
dell'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

**DOMANDA di NULLA OSTA e ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE DA PARTE DEI  
CENTRI SPECIALIZZATI/STRUTTURE non SPECIALIZZATE  
CHE EROGANO TAA ed EAA CON ANIMALI RESIDENZIALI  
(ai sensi dell'art.7 punto 1-lett.B dell'ASR del 25/03/15)  
All'Assessorato Sanità salute e Politiche sociali  
Per il tramite dell'Azienda USL**

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

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

**RICHIESTE il NULLA OSTA**

Ai fini dell'iscrizione all'Elenco regionale del centro specializzato/struttura non specializzata che eroga IAA.  
Comunica che la Struttura:

è 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)} e vengono svolte le seguenti IAA:

- TAA con animali residenziali
- TAA senza animali residenziali
- EAA con animali residenziali

non è in possesso di 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)}e vengono svolte le seguenti IAA:

- TAA con animali residenziali
- TAA senza animali residenziali
- EAA con animali residenziali

## **EQUIPE MULTIDISCIPLINARE**

(ai sensi dell'art.3 capitolo 4 dell'ASR del 25/03/15) :

- a) Medico veterinario esperto in IAA (previsto per TAA,EAA,AAA):  
Dr/Dr.ssa.....Iscrizione Albo Professionale n°...  
Ordine di.....Iscrizione elenco regionale n.....
- b) Coadiutore dell'animale con comprovata esperienza in gestione delle specie impiegate 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) Responsabile di progetto (previsto per TAA,EAA)  
Sig/Sig.ra-Dr/Dr.ssa.....n° iscrizione elenco regionale.....
- d) Referente d'intervento (previsto per TAA,EAA)  
Sig/Sig.ra-Dr/Dr.ssa.....n° iscrizione elenco regionale.....

PER I CENTRI/STRUTTURE OPERANTI CON ANIMALI RESIDENZIALI devono inoltre essere presenti:

1. Responsabile del Centro/Struttura(per le EAA può coincidere con il Rappresentante Legale):  
Sig/Sig.ra-Dr/Dr.ssa.....n° iscrizione elenco regionale.....
2. Direttore sanitario Veterinario(che può coincidere per le TAA con il rappresentante legale ,può coincidere con il medico veterinario esperto in IAA):  
Dr/Dr.ssa.....Iscrizione Albo Professionale n°.....  
Ordine di.....
3. Responsabile del benessere animale :  
Sig/Sig.ra.....
4. Operatori formati per accudire gli animali in numero sufficiente:  
Sig/Sig.ra.....  
Sig/Sig.ra.....  
Sig/Sig.ra.....  
Sig/Sig.ra.....

PER I CENTRI SPECIALIZZATI e per STRUTTURE NON SPECIALIZZATE OPERANTI SENZA ANIMALI RESIDENZIALI devono essere presenti:

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

**Specie e numero di animali d’affezione coinvolti:**

CANE:

Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Microchip	Note*:

GATTO

Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Microchip	Note:

CAVALLO

Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Microchip	Passaporto n°	Note:

ASINO

Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Microchip	Passaporto n°	Note:

CONIGLIO

Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Microchip	Note:

*\*(Es. :N° Riconoscimento se presente, eventuali esclusioni di attività che lo riguardano ecc.)*

Il sottoscritto

**dichiara:**

- che il Centro/la Struttura è 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;
- che, nel caso di detenzione di animali, oltre a quanto previsto dal presente Accordo, il Centro/la Struttura rispetta i requisiti previsti dalle specifiche disposizioni normative veterinarie vigenti.
- che l’attività verrà svolta in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa Nazionale e Regionale vigente.

**si impegna** inoltre a:

- verificare che le figure professionali e gli operano coinvolti siano iscritte nell’apposito elenco regionale
- trasmettere alla Regione ed al centro di Referenza nazionale per gli IAA, entro il 31 Dicembre l’elenco dei progetti di EAA e TAA attivati nell’anno

Allega planimetrie dettagliate con destinazione d’uso dei locali

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma e timbro

\_\_\_\_\_

N° iscrizione all'albo regionale  
(Parte riservata all'Assessorato Sanità)

Prot.AUSL n°  
\_\_\_\_\_

**ALLA REGIONE AUTONOMA  
VALLE D'AOSTA  
Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali  
Igiene e Sanità Pubblica e Veterinaria  
Via De Tillier, 30  
11100 Aosta AO**

trasmessa per il tramite  
dell'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)

**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.....

**RICHIESTE**

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 2018**, 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 2018 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 dalle disposizioni 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-animale/normativa/>
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione con i contenuti di cui all'Allegato B della DGR 1680 del 20/11/2015 ([http://www.regione.vda.it/sanita/prevenzione/veterinaria/animale\\_affezione/pet-therapy/](http://www.regione.vda.it/sanita/prevenzione/veterinaria/animale_affezione/pet-therapy/))

Luogo e data

Firma e timbro

Allegato 1

Specie e numero di animali d'affezione coinvolti:

CANE:

Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Microchip	Note*:

GATTO

Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Microchip	Note:

CAVALLO

Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Microchip	Passaporto n°	Note

ASINO

Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Microchip	Passaporto n°	Note

CONIGLIO

Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Microchip	Note

\*(Es. :N° Riconoscimento se presente, eventuali esclusioni di attività che lo riguardano ecc.)

Luogo e data

Firma e timbro

## CURRICULUM VITAE

### Informazioni personali

Nome/ Cognome **Nome Cognome**  
Indirizzo Numero civico, via, codice postale, città, nazione.  
Telefono  
Cellulare  
Fax  
E-mail  
Cittadinanza  
Data di nascita  
Sesso

### Esperienza professionale

#### **ESPERIENZA PROFESSIONALE NON NELL'AMBITO DEGLI IAA**

*Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.*

*Inserire solo due voci principali*

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 agli 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 Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

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 GUIDA PER NON VEDENTI ED IPOVEDENTI E DI TUTTI I  
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)**

**RICHIEDE**

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

NOME	RAZZA	SESSO	ETA'	MICROCHIP	NOTE

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

(\*Il percorso di addestramento dovrà rispettare i requisiti previsti dall'ADI(Assistence Dogs International)

---

---

---

---

---

---

Sede e data

---

Firma leggibile (e timbro)

---

IL COMPILATORE  
Lilia DOMENEGHETTI

MAURO RUFFIER

RFFMRA60L06A326A/  
7420012100014804.ckvOnCGa1u  
vOnCGa1u9xI8kMTid6  
i90itao=  
Firmato digitalmente da  
RFFMRA60L06A326A/7420012100014804.ckvOnCGa1u  
9xI8kMTid6i90itao=  
ND:  
cn=RFFMRA60L06A326A/7420012100014804.ckvOnCG  
a1u9xI8kMTid6i90itao=  
serialNumber=RFFMRA60L06A326A,  
givenName=MAURO, sn=RUFFIER, o=Camera di  
Commercio, ou=CCIAA Aosta, c=IT  
Data: 2016.11.09 18:55:52 +01'00'

Atto non soggetto a visto regolarità contabile

IL DIRIGENTE

---

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DEL CONTROLLO CONTABILE

**Patrizia  
Mauro**

DN: cn=Patrizia Mauro, sn=MAURO,  
givenName=PATRIZIA,  
dnQualifier=201511001339, c=IT,  
o=REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA/  
C.F. 80002270074, title=DIRIGENTE,  
serialNumber=IT:MRAPRZ69D67A326G  
Date: 2016.11.15 09:27:54 +01'00'

## REFERTO PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia del presente provvedimento è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal 17/11/2016 per quindici giorni consecutivi.

IL SEGRETARIO REFERTO

**Massimo  
Balestra**

DN: cn=Massimo Balestra,  
sn=BALESTRA, givenName=MASSIMO,  
dnQualifier=201411001325, c=IT,  
o=REGIONE AUTONOMA VALLE AOSTA/  
C.F.80002270074, title=DIRIGENTE,  
serialNumber=IT:BL.SMSM62L29F205W  
Date: 2016.11.16 14:00:39 +01'00'