

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

PROVVEDIMENTO DIRIGENZIALE

N. 4657 in data 28-08-2018

OGGETTO : MODIFICA DELL'ALLEGATO B 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" E SOSTITUZIONE INTEGRALE DELLA MODULISTICA, ADOTTATA CON PD N. 147 DEL 21/01/2016 E MODIFICATA CON PD N. 5445/2016, DI CUI AL PUNTO 4 DEL DELIBERATO 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. 1443 in data 25/10/2017 concernente la ridefinizione della struttura organizzativa dell'Amministrazione regionale, a decorrere dal 16 novembre 2017, a modificazione della DGR 476/2017;

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

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1853 in data 28.12.2017 concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2018/2020 e delle connesse disposizioni applicative;

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 il punto 5) del deliberato del suddetto atto che stabilisce di autorizzare il dirigente della competente struttura dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali ad apportare agli allegati B e C della deliberazione della Giunta regionale n. 1680 del 20/11/2015, le modificazioni che dovessero rendersi necessarie;

ritenuto necessario sostituire l'allegato B relativamente al capoverso "ACCREDITAMENTO PER LA FORMAZIONE", integrandolo con precisazioni sui requisiti da garantire da parte degli Enti pubblici o privati ai fini dell'accREDITAMENTO;

vista la nota prot. n. 0007028-20/03/2018-DGSAF-MDS-P del Ministero della Salute, con la quale viene prorogato al 25 marzo 2019 il riconoscimento della formazione pregressa e delle strutture nell'ambito degli interventi assistiti con gli animali (IAA);

evidenziata la necessità di adeguare la modulistica alla proroga sopra citata, nonché di rendere i moduli "parzialmente modificabili" informaticamente e in ultimo di dare evidenza dell'assoggettabilità della modulistica all'imposta di bollo laddove prevista;

richiamato il punto 4) del deliberato della deliberazione della Giunta regionale n. 1680 del 20/11/2015, che stabilisce "che la modulistica regionale sarà approvata dal dirigente competente con proprio atto e verrà pubblicata sul sito regionale";

richiamati i provvedimenti dirigenziali n.ri 147 del 21.01.2016, con il quale si approvava la modulistica di cui al punto 4 del deliberato della deliberazione suddetta e 5445 del 16.11.2016, con il quale si sostituiva parte della suddetta modulistica;

ritenuto necessario sostituire integralmente la modulistica di cui ai suddetti provvedimenti dirigenziali, alla luce delle necessarie modifiche precedentemente descritte,

d e c i d e

1. di sostituire il capoverso "ACCREDITAMENTO PER LA FORMAZIONE" dell'allegato B come segue:

“ACCREDITAMENTO PER LA FORMAZIONE

La formazione è erogata oltre che dal CRN IAA, dall'Istituto superiore di sanità e da Enti Pubblici o privati accreditati dalla Regione. Tale Enti sono accreditati dalla Regione Autonoma Valle d'Aosta per la realizzazione di attività formative ai sensi del dispositivo della presente deliberazione presentando apposita domanda alla struttura competente dell'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociale, reperibile sulla pagina internet del sito regionale riferita alla struttura stessa, oltre che richiedendone copia accedendo direttamente a tale struttura. Gli Enti Pubblici o privati accreditati dalla Regione, ai sensi del dispositivo di accreditamento delle sedi formative di cui alla DGR 2955/2009 e iscritti all'albo degli organismi accreditati a cura del dipartimento politiche del lavoro e della formazione dell'Assessorato attività produttive, energia e politiche del lavoro, fanno domanda unicamente per gli aspetti riferiti in ambito di IAA alla struttura competente dell'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociale, allegando la documentazione attestante i requisiti posseduti.

Gli Enti Pubblici o privati ai fini dell'accREDITAMENTO sono tenuti a garantire il rispetto dei seguenti requisiti:

1. disporre di una sede operativa sul territorio regionale e di spazi didattici conformi alle vigenti regole in materia di sicurezza; dalla documentazione presentata deve emergere con chiarezza la corretta e completa applicazione del D.Lgs, 81/08. I dati trasmessi sono verificati in sede di sopralluogo e riguardano:
 - a) organizzazione per la sicurezza,
 - b) documento di valutazione dei rischi,
 - c) documenti autorizzativi della sede, spazi didattici, pertinenze;
2. 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;
3. mantenere un archivio dei curricula vitae delle risorse professionali appartenenti al nucleo stabile del soggetto in accREDITAMENTO, di cui va garantito l'aggiornamento;
4. atto di costituzione e statuto vigente, in copia conforme all'originale, attestante tra gli obiettivi societari quello della formazione;
5. procedure documentate per la progettazione di massima e per la progettazione di dettaglio degli interventi formativi;
6. procedura di erogazione degli interventi formativi, monitoraggio e valutazione di apprendimenti ed esiti;
7. strumento di valutazione della “Soddisfazione dei beneficiari diretti”;
8. fornire gli esiti della valutazione della “Soddisfazione dei beneficiari diretti”
9. avere completato da parte dei propri docenti l'iter formativo specifico sulla base dei requisiti stabiliti dalle Linee Guida per gli IAA o) o in alternativa di possedere le evidenze biografiche significative intese come presentazione cronologica delle esperienze (educative e formative, professionali e non professionali) attestanti l'esperienza e la competenza in relazione alla materia da trattare, valutate dal soggetto richiedente l'AccREDITAMENTO rilevanti al fine dell'acquisizione di competenze, legate allo specifico ambito della formazione e non;
10. attuare le attività formative conformemente agli standard di durata e contenuto previsti dalle Linee Guida per gli IAA;
11. per le modalità erogative dei corsi si potrà fare riferimento al Vademecum sulla formazione redatto dal Ministero della Salute (vedi nota del Ministero della Salute DGSAF0025415-P-07/11/2017);

12. nominare un responsabile didattico per ciascun corso che faccia da riferimento per l'autorità regionale;
13. accettare il controllo e la vigilanza della Regione sullo svolgimento dei corsi anche in relazione alla verifica del possesso dei titoli di studio di accesso alla formazione;
14. dichiarazione del legale rappresentante attestante:
 - a) 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;
 - b) di non aver riportato condanne per reati di natura amministrativo-finanziaria o fallimentare;
 - c) 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;
 - d) di non aver riportato condanne penali passate in giudicato che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
 - e) 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.

Tali Enti, a seguito di valutazione positiva, sono iscritti in un apposito elenco regionale dei soggetti accreditati erogatori di IAA, reso pubblico sul sito regionale.”;

2. di sostituire integralmente la modulistica, approvata con provvedimento dirigenziale n. 147 del 21.01.2016 e modificata con provvedimento dirigenziale n. 5445 del 16.11.2016, con quella allegata al presente provvedimento, di cui fa parte integrante e sostanziale, adeguandola alla proroga comunicata dal Ministero della Salute con nota prot. n. 0007028-20/03/2018-DGSAF-MDS-P, nonché rendendola “parzialmente modificabile” informaticamente e riportandovi l'evidenza dell'assoggettabilità all'imposta di bollo, laddove prevista;
3. di pubblicare la suddetta modulistica sul sito regionale;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio della Regione;
5. 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 Commissario 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)

MARCA DA
BOLLO DA
EURO16,00

Prot.AUSL n°

ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE
D'AOSTA
S.C. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE
PRODUZIONI ZOOTECHNICHE
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 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 (*scaricabile dal sito della Regione VDA:*
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.
Telefono	
Cellulare	
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
Lavoro o posizione ricoperti
Setting/tipo di struttura
Principali attività e responsabilità

TAA/EAA/AAA

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?

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 Regolamento (UE) 2016/679.

Data

Firma

MARCA DA
BOLLO DA
EURO16,00

Prot.AUSL n°

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

**ALLA 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)**

**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°..... 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°.....

RICHIEDE 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. Direttore sanitario (che per le TAA può coincidere con il rappresentante legale)
Sig/Sig.ra-Dr/Dr.ssa.....
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(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.....

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.)*

PER I CENTRI SPECIALIZZATI e per STRUTTURE NON SPECIALIZZATE OPERANTI SENZA ANIMALI RESIDENZIALI oltre alla conformità alla normativa vigente 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.

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 operanti 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

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) 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 il ruolo per il quale l'utente verrà formato ai sensi dell'ASR 25/03/2015e della nota n°13012-P-26/05/2016 del Ministero della Salute DGSFAF "Cap. 9.4 "Disposizioni transitorie"- Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali.- RETTIFICA)*
- ❖ **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)* o in alternativa di possedere le evidenze biografiche significative intese come presentazione cronologica delle esperienze (educative e formative, professionali e non professionali) attestanti l'esperienza e la competenza in relazione alla materia da trattare, valutate dal soggetto richiedente l'Accreditamento rilevanti al fine dell'acquisizione di competenze, legate allo specifico ambito della formazione e non;
- ❖ **di attuare le attività formative conformemente agli standard di durata e contenuto previsti alle L.G. per gli IAA.** Per le modalità erogative dei corsi si potrà fare riferimento al Vademecum sulla formazione redatto dal Ministero della Salute (vedi nota Minsal 25415-P- 07/11/17)
- ❖ **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, anche in relazione alla verifica del possesso dei titoli di studio di accesso alla formazione

- ❖ **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 Regolamento (UE) 2016/679, 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 Regolamento (UE) 2016/679, 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:

Nome	Microchip anagrafico	

Gatti

Nome	Microchip anagrafico(se presente)	

Equidi (cavalli o Asini)

Nome	Microchip anagrafico(se presente)	

Conigli

Nome	Microchip anagrafico(se presente)	

(Luogo e data) _____

Il dichiarante

(1) _____

(1) Firma per esteso e leggibile.

MARCA DA
BOLLO DA
EURO16,00

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

**All'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

**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..... 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 dell'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)

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

MAURO RUFFIER

RUFFIER
MAURO

Firmato digitalmente da RUFFIER MAURO
DN: c=IT, o=REGIONE AUTONOMA VALLE
D'AOSTA/80002270074IT, cn=RUFFIER
MAURO,
serialNumber=IT.RFFMRA60L06A326A,
givenName=MAURO, sn=RUFFIER,
dnQualifier=15119806, title=DIRIGENTE
Data: 2018.08.21 13:34:56 +02'00'

Struttura gestione della spesa, bilancio di cassa e regolarità contabile

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: 2018.08.27 08:51:11 +0200'

REFERTO PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia del presente provvedimento è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal 29/08/2018 per quindici giorni consecutivi, ai sensi dell'articolo 11 della legge regionale 23 luglio 2010, n. 25.

IL SEGRETARIO REFERTO

**BALESTRA
MASSIMO**

DN: cn=BALESTRA MASSIMO,
sn=BALESTRA, givenName=MASSIMO,
dnQualifier=16572718, c=IT,
o=REGIONE AUTONOMA VALLE
D'AOSTA, title=DIRIGENTE,
serialNumber=IT:BLSMSM62L29F205W
Date: 2018.08.28 12:55:14 +02'00'