

Marca valore prescritto
-------------------------------

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Per il tramite del Servizio veterinario ASReM di \_\_\_\_\_

**Domanda di autorizzazione sanitaria per strutture veterinarie**

Tipo di attività:  Studio veterinario con accesso di animali       Ambulatorio veterinario       Clinica/Casa di cura veterinaria

Ospedale Veterinario       Laboratorio di analisi       Mezzo di soccorso per animali

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ C.Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di  titolare  legale rappresentante

della struttura veterinaria

/mezzo di soccorso: \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

con sede in: \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Tipologia degli animali trattati:  cani/gatti  esotici  altro (specificare) \_\_\_\_\_

Direttore Sanitario: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria per l'attività sopra individuata

**SI IMPEGNA**

- a indicare l'orario di apertura al pubblico;
- a comunicare eventuali variazioni o modifiche apportate al Servizio Veterinario della ASReM competente.

A tal fine allega i seguenti documenti in copia originale:

- Iscrizione all'ordine dei Medici Veterinari del Responsabile sanitario;
- Dichiarazione di accettazione della responsabilità sanitaria dell'ambulatorio, ove sia stata assunta da persona diversa richiedente l'autorizzazione;
- Planimetria dei locali con destinazione degli stessi (in scala almeno 1:200);
- Regolamento interno se necessario;
- Licenza d'uso dei locali;
- Impianto elettrico – certificazione attestante il rispetto della normativa vigente;
- Atto comprovante la disponibilità dei locali
- Elenco delle attrezzature installate nella struttura fissa e/o mobile e tipologia delle prestazioni fornite;
- Elenco dell'eventuale personale tecnico e ausiliario operante nella struttura fissa e/o mobile;
- Attestazione pagamento c.c.p.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_