

### ALLEGATO 3

#### **Richiesta di accreditamento da parte del medico veterinario libero professionista all'Azienda U.S.L. ove insiste la struttura in cui opera e autodichiarazione**

Al Servizio Veterinario  
Azienda U.S.L.....

Oggetto: *Anagrafe canina- Richiesta accreditamento e dichiarazione di responsabilità.*

Il sottoscritto Dott. ....nato a.....  
il.....C.F..... P. IVA .....  
residente in:..... Via/P.zza ....., n. ....,  
CAP ....., Comune ....., Municipio .....,  
telefono ....., cellulare .....,  
dichiarando sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR  
445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e dall' Art. 483 C.P. di essere :

**Medico Veterinario, iscritto all'Ordine della Provincia di .....**  
**al numero .....**

#### **COMUNICA**

di voler effettuare, presso la struttura denominata .....  
sita in ..... Via/P.zza .....,  
CAP ....., Comune .....,  
regolarmente autorizzata, l'impianto dei microchips per l'identificazione dei cani ai  
sensi della D.G.R. n. 606 del 09/07/2004.

#### **RICHIESTE**

l'accREDITamento all'esecuzione delle operazioni di iscrizione ed identificazione dei  
cani, come previsto nella D.G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

#### **SI IMPEGNA**

- a custodire la chiave di accesso in maniera adeguata, conscio della propria esclusiva e personale responsabilità, in merito al corretto uso della stessa;
- ad impiantare microchips conformi alle norme ISO 11784-11785;

- a garantire l'identificazione dei cani contestualmente alla loro iscrizione in anagrafe;
- a compilare la prevista attestazione di avvenuto impianto e ad inviarla *o farla pervenire (anche via fax)* al Servizio Veterinario dell'Azienda U.S.L. competente entro 10 giorni.

### DICHIARA

- di essere in possesso di idoneo lettore full-ISO;
- che, presso la citata struttura, è presente idonea attrezzatura informatica, inclusa la connessione Internet.

Lì ..../..../....

Firma e timbro del Veterinario.....

Il Sottoscritto Dott. ...., Direttore Sanitario della Struttura denominata....., certifica che il suddetto professionista opera presso la citata struttura. Si impegna a comunicare, entro tre giorni, il venir meno delle condizioni che consentono l'accreditamento della Struttura e/o del Professionista, inclusa la cessazione di qualsivoglia rapporto di collaborazione, per la sospensione e/o l'annullamento delle chiavi di accesso al sistema.

Lì ..../..../...

Firma e timbro del Direttore Sanitario.....

#### Da allegare:

- 1) n. 2 marche da bollo di valore corrente;
- 2) attestazione di pagamento su c/c n. \_\_\_\_\_ intestato alla Azienda U.S.L. \_\_\_\_\_ di € 25,00 (rif. Codice regionale 1.12)

### UTILIZZO DEI DATI PERSONALI

*Ai sensi degli artt. 10 e 12 della Legge 675/96 relativa alla tutela della riservatezza dei dati personali, il Servizio Veterinario dell'Azienda U.S.L. informa l'interessato che i dati raccolti verranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge.*