



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Direzione Medica

**MODULO DI
AUTORIZZAZIONE PER
L'ACCESSO DEL
CANE/GATTO NELLA
STRUTTURA SANITARIA**



Alla Direzione Medica

Via Taverna 49, Piacenza

Io sottoscritto:

☐ degente

nome _____ cognome _____

ricoverato nell'Unità Operativa di: _____

☐ suo familiare/conoscente

nome _____ cognome _____

recapito telefonico per essere contattati _____

CHIEDO l'autorizzazione per l'accesso nella struttura sanitaria di: ☐ cane ☐ gatto

preferenza sul luogo di incontro:

☐ area esterna di pertinenza della struttura sanitaria ☐ area interna comune

☐ stanza di degenza

(in questo ultimo caso il rilascio dell'autorizzazione sarà subordinata alla valutazione delle condizioni cliniche degli altri degenti presenti nella stanza e all'acquisizione del loro consenso)

ALLEGO la seguente documentazione:

- copia di polizza assicurativa per danni contro terzi
- certificazione veterinaria (validità di 15 giorni dal suo rilascio) che attesti il buono stato di salute e assenza di sintomatologia clinica riconducibile a malattia trasmissibile anche di natura non zoonotica e assenza di endo- ed ecto- parassitosi
- copia dell'iscrizione all'anagrafe canina (solo per il cane)

Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)

Si informa che i dati personali e sensibili che La riguardano e da Lei forniti saranno trattati dall'Azienda mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità istituzionali dell'Azienda e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e regolamentari in materia.

Titolare del trattamento è l'AUSL di Piacenza con sede in via Taverna, 49 – Piacenza nella persona del Direttore Generale.

data _____

firma _____

Vista la documentazione e valutata la richiesta insieme al Direttore dell'U.O. interessata

☐ **si autorizza** l'accesso in data _____ ora _____ nella seguente area:

☐ area interna comune

☐ area esterna di pertinenza della struttura sanitaria

☐ reparto/stanza di degenza

parere del Direttore dell'U.O. o Suo sostituto: ☐ favorevole ☐ non favorevole

data _____ firma _____

consenso dei degenti presenti nella stanza, firme

Il giorno della visita, il conduttore dell'animale deve portare con sé:

☐ il **libretto sanitario aggiornato** dell'animale e **copia della presente autorizzazione**

☐ una **confezione di prodotto idroalcolico** per il frazionamento rapido delle mani e offrire il prodotto a chiunque abbia toccato l'animale

percorso che il conduttore e l'animale devono seguire per accedere al luogo di incontro:

☐ **NON si autorizza** l'accesso

data _____ il Direttore/Referente _____

copia della presente autorizzazione e della documentazione allegata va conservata in cartella clinica