

**ISTANZA DI RILASCIO AUTORIZZAZIONE SANITARIA APERTURA CANILE RIFUGIO,  
ALLEVAMENTO O PENSIONE PER CANI.**

Il/la sottoscritto/a:

Cognome	Nome	Codice fiscale
Telefono	fax.	cellulare
e-mail	data di nascita	cittadinanza
secco M F	Residente Comune	provincia
Stato Estero	Via/ Piazza	n°.
CAP	In qualità di Legale Rappresentante Titolare Presidente pro-tempore Altro	
della Ditta	Partiva I.V.A	Codice fiscale
con sede legale nel Comune di		
provincia	Via/ Piazza	n°.
CAP	Telefono	Fax
e mail		
n° d'iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) _____		
CCIAA di		

**CHIEDE**

**il rilascio dell'autorizzazione sanitaria per l'esercizio dell'attività di**

**1) pensione per cani**

**2) Canile rifugio**

**3) Allevamento**

sita nel Comune di \_\_\_\_\_ via/loc. \_\_\_\_\_.

Rieti, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allega alla presente documentazione:**

- 1) pianta planimetrica in duplice copia del complesso, in scala 1:100 firmata da un tecnico incaricato o dalla proprietà;
- 2) relazione tecnica- illustrativa sulla destinazione dei locali ;
- 3) registro di carico – scarico degli animali ricoverati presso la struttura;
- 4) convenzione con un Medico Veterinario per l'assistenza zoiatrica degli animali ospitati ;
- 5) convezione con una ditta autorizzata al ritiro del materiale di categoria 1 regolamento CE 1069/2009;
- 6) convenzione con una ditta autorizzata al prelievo e smaltimento reflui dell'impianto;
- 7) convenzione con una ditta specializzata per la gestione della disinfestazione e derattizzazione;
- 8) relazione del tecnico responsabile sul sistema di smaltimento reflui;
- 9) relazione sul numero dei soggetti che possono essere ospitati nella struttura, ex- allegato A della D.G.R. N. 272/07;
- 10) fotocopia del documento d'identità;
- 11) ricevuta del versamento di € 224.14 per prestazioni rese dai servizi ASL;
- 12) copia presentazione domanda agibilità dei locali S.U.A.P. del Comune di competenza;
- 13) sopralluogo del veterinario;
- 14) 1 (una) marca da bollo da € 16.00.

## Trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritt..... nat ... a ..... il ..... e  
residente in ..... Via ..... n° ..... tel.  
.....

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE, dichiara di essere consapevole che i suoi dati personali, acquisiti tramite il presente modulo, saranno trattati dalla ASL di Rieti, titolare del trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici e cartacei per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla sottoscrizione del presente richiesta e per finalità statistiche e non saranno diffusi o comunicati a terzi. I dati saranno conservati sino al completamento delle attività connesse alla prestazione richiesta incluse quelle amministrative. In qualsiasi momento, con una comunicazione trasmessa alla Asl Rieti – Via del Terminillo 42, 02100 Rieti anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati raggiungibile all'indirizzo : [dpo@asl.rieti.it](mailto:dpo@asl.rieti.it) , potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento fra i quali quello di accedere ai dati, chiederne la rettifica o la cancellazione nei casi previsti per legge. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato in riferimento a quanto indicato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

HO LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA CHE PRECEDE

Data .....

Firma .....