

Al SINDACO del Comune di _____

Per il tramite del Servizio Veterinario della Asl di _____

Il sottoscritto nato a (Prov.)
il residente a Via
recapito telefonico: fisso n°, Cellulare n°.....
indirizzo email/PEC Cod. Fiscale/P.Iva.....
laureato in Medicina Veterinaria presso l'Università di in data,
abilitato alla professione di Medico Veterinario in data, iscritto all'Albo professionale
dell'Ordine dei Medici Veterinari di al n°,

CHIEDE

l'autorizzazione ad aprire la seguente "struttura veterinaria": ↑ STUDIO VETERINARIO CON ACCESSO DI ANIMALI, ↑ AMBULATORIO VETERINARIO, ↑ CLINICA VETERINARIA, ↑ OSPEDALE VETERINARIO.

La struttura in oggetto denominata è posta al piano del fabbricato sito nel Comune di in via..... al n° ed è costituito da n° locali e da n° servizi igienici, come risulta dall'allegata planimetria.,

Data

Firma

Allega i seguenti documenti:

- 1) Planimetria dei locali in scala 1:100;
- 2) Relazione tecnico-descrittiva dei locali e delle attività che vi vengono svolte;
- 3) Certificato di agibilità e destinazione d'uso dei locali.
- 4) Dichiarazione del medico veterinario che funge da Direttore Sanitario (Mod. A/2);
- 5) Certificato di iscrizione all'Albo Professionale (oppure dichiarazione sostitutiva di certificazione) del Direttore Sanitario;
- 6) Comunicazione al Servizio Veterinario della tenuta delle scorte di farmaci veterinari e uso umano (art. 80 e 84 del D. Lvo 193/06); Dichiarazione di responsabilità della tenuta delle scorte di medicinali veterinari e uso umano; Richiesta rilascio registro carico / scarico scorte farmaci veterinari. (Mod. A/3);
- 7) Autorizzazione allo smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, anche con eventuali convenzioni;
- 8) Marca da bollo del valore corrente (da apporre su autorizzazione);
- 9) Ricevuta di versamento dei diritti veterinari per l'importo previsto per la tipologia di struttura (e, se richiesto, per il rilascio del registro scorte farmaci).

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 , 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