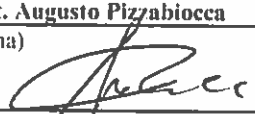


Sede Legale: Via Terme di Traiano n.39/a -
00053 Civitavecchia (Roma)

DELIBERAZIONE N. 1710

DEL 7 DIC. 2016

Struttura proponente: <i>Dipartimento di Prevenzione</i>	
Oggetto: <i>Presa d'atto della costituzione del Gruppo Aziendale, denominato G.A.I.A.A., delle disposizioni operative e della modulistica, sugli Interventi Assistiti con gli Animali (rif. Determinazione Regionale G11110 del 03.10.2016).</i>	
Estensore <i>(Barbara Scriboni)</i> 	IL DIRETTORE GENERALE Dott. Giuseppe Quintavalle 
Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Francesco Quagliariello <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma  _____ Data <u>05/12/2016</u>	
Parere del Direttore Sanitario: Dott. Lauro Sciannamea <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma  _____ Data <u>06 DIC. 2016</u>	
Il Dirigente ed il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico	Rilevazione di Bilancio: Il Dirigente, con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico
Struttura Proponente: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Esercizio:
Proposta n. <u>09</u> del <u>02.12.2016</u>	Codice sottoconto:
Responsabile del Procedimento	Importo stanziato:
Ass. Amm. <u>va Barbara Scriboni</u>	Importo utilizzato:
(firma) 	Importo della delibera:
	Importo residuo finale:
Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione	Visto del funzionario addetto al controllo del budget: (firma)
Dott. Augusto Pizzabocca	Il Dirigente della U.O.C. Bilancio
(firma) 	(firma)

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

PREMESSO

che la Regione Lazio, con nota prot. 513437 del 13.10.2016, ha notificato a tutte le ASL la pubblicazione, sul BURL n.81 – Suppl. 11.10.2016 n.1, della Determinazione G11110 del 03.10.2016 “ Istituzione degli elenchi regionali per gli Interventi Assistiti con gli Animali (I.A.A.) - Requisiti e modalità di iscrizione agli elenchi per i centri specializzati, le strutture pubbliche e private non specializzate, le figure professionali e gli operatori che erogano IAA. Attuazione del decreto U00070/2016 "Recepimento delle Linee Guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA) - Accordo Conferenza Stato - Regioni del 25 marzo 2015 (Rep. Atti CSR n. 60) e approvazione disposizioni regionali attuative”;

VISTO

che la stessa Determinazione Regionale stabilisce che ogni Dipartimento comunichi alla Regione, anche ai fini della pubblicazione sul portale regionale, la specifica struttura interna cui ha attribuito la competenza relativa alla gestione dei suddetti elenchi, con indicazione del responsabile e i recapiti degli uffici preposti, per garantire uniforme e corretta informazione all'utenza per la fruizione dei servizi;

CONSIDERATO

che i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali hanno la responsabilità di accogliere e valutare le istanze di iscrizione agli elenchi, secondo la modulistica e le procedure, All. 1 Parte integrante del presente atto, descritte nella suddetta Determinazione G11110, che nella fattispecie prevede, per ciascun modello di cui al punto F di seguito indicato, l'allegata “DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO E DI CERTIFICAZIONE “ : punto F Modulistica 1. “ Istanza rilascio Nulla Osta per centro specializzato / struttura TAA / EAA “, punto F Modulistica 2. “ Istanza di iscrizione Elenco Regionale della struttura non specializzata senza obbligo di Nulla Osta”, punto F Modulistica 3. “ Istanza di Iscrizione per figure professionali / operatori”;

VISTO

che per le opportune valutazioni la struttura interna, denominata in merito Gruppo Aziendale Interventi Assistiti con gli Animali – G.A.I.A.A- , al fine della corretta Istituzione degli elenchi dovrà prevedere, a seconda dell' Istanza presentata, diverse modalità operative coinvolgendo nella fattispecie dei casi i servizi dipartimentali e diverse figure professionali aziendali;

RITENUTO

di dover prevedere, all'interno del Gruppo Aziendale I.A.A., disposizioni operative necessarie a garantire una efficiente collaborazione tra i servizi e gli specialisti aziendali ed una corretta gestione delle istruttorie pervenute , All. 2 parte integrante del presente atto;

CONSIDERATO

che con nota prot. 62038 del 16/11/2016 è stato comunicato alla Regione, che il Responsabile del Gruppo Aziendale I.A.A.- – G.A.I.A.A- è la Dott.ssa Alessia Liverini, medico veterinario Area C, individuata con C.int. 22039 del 15/11/2016 dal dott. Augusto Pizzabiocca, Direttore f.f. del Dipartimento di Prevenzione, in accordo con il Dott. Fabrizio Santini, Responsabile della UOC A-C (deliberazione del Direttore Generale del 28.07.2016 n. 1101) ;

VISTO

che il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ha proposto l' inserimento nel Gruppo del Dott. Stefano Seripa, dirigente psichiatra, referente DSM per la riabilitazione equestre in Psichiatria, che risulta tra l'altro in

possesso dei requisiti previsti per il titolo di Responsabile Medico IAA e di Coadiutore dei Cavalli e che il Direttore Generale e il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda hanno concesso Nulla Osta in merito;

CONSIDERATO *che il dott. Stefano Seripa dovrà verificare tutti i titoli e i requisiti organizzativi del personale operante presso i Centri IAA e che in tali mansioni sarà affiancato dalla Dott.ssa Gianna Regoli, psicologa - psicoterapeuta, referente del Gruppo di Formazione del Dipartimento di Prevenzione;*

TENUTO CONTO *che con C. int. 22039 del 15/11/2016 il dott. Augusto Pizzabiocca, Direttore f.f. del Dipartimento di Prevenzione, ha individuato membri del Gruppo, per la verifica dei requisiti tecnici e strutturali dei Centri IAA, il Direttore f.f. UOC SPRESAL, dott. Giorgio Becchetti, e il Direttore f.f. UOC SISP, dott.ssa Simona Ursino, ciascuno per gli aspetti di competenza e che gli stessi dirigenti potranno comunque delegare altro dirigente afferente al proprio Servizio secondo le esigenze territoriali;*

CONSIDERATO *che la dott.ssa Alessia Liverini, Responsabile del Gruppo aziendale, quale medico veterinario dovrà verificare, per quanto di competenza dell'Area C, gli aspetti tecnici dei Centri I.A.A. e per tali mansioni potrà essere coadiuvata da altro veterinario; che la stessa dott.ssa Alessia Liverini, essendo l'Area C Servizio referente dei procedimenti IAA, dovrà raccogliere le richieste e i pareri trasmessi dai servizi concorrenti e dagli specialisti del Gruppo e dovrà predisporre gli atti a firma della Direzione del Dipartimento;*

CONSIDERATO *che il Dipartimento di Prevenzione ha nominato referente amministrativa della Segreteria del G.A.I.A.A. la Sig.ra Barbara Scriboni, ass. amm.va del Dipartimento di Prevenzione, e che la stessa dovrà occuparsi della registrazione dei documenti, della pubblicazione dei dati sul sito aziendale e dovrà collaborare con la Responsabile del Gruppo I.A.A. nella gestione degli atti e nella trasmissione di tutte le comunicazioni alla Regione;*

RITENUTO *che dal presente provvedimento non conseguono oneri a carico dell'azienda;*

ATTESTATO *che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;*

PROPONE

di approvare la costituzione del Gruppo Aziendale, denominato G.A.I.A.A., delle disposizioni operative e della modulistica, sugli Interventi Assistiti con gli Animali (rif. Determinazione Regionale G11110 del 03.10.2016).

di prendere atto che dal presente provvedimento non conseguono oneri a carico dell'Azienda

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE f.f.
(Dott. Augusto Pizzabiocca)



IL DIRETTORE GENERALE

- IN VIRTU'** del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00026 del 30 gennaio 2014;
- VISTO** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTA** la propria deliberazione n. 1 del 4 febbraio 2014;
- LETTA** la proposta di delibera, "Presa d'atto della costituzione del Gruppo Aziendale sugli Interventi Assistiti con gli Animali, denominato G.A.I.A.A. - rif. Determinazione Regionale G11110 del 03.10.2016 " presentata dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione f.f. Dott. Augusto Pizzabiocca;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

di approvare la costituzione del Gruppo Aziendale, denominato G.A.I.A.A., delle disposizioni operative e della modulistica, sugli Interventi Assistiti con gli Animali (rif. Determinazione Regionale G11110 del 03.10.2016).

di prendere atto che dal presente provvedimento non conseguono oneri a carico dell'Azienda

di stabilire, ai sensi della deliberazione n. 703 del 13 giugno 2012, avente ad oggetto: "Adozione del nuovo sistema di pubblicità degli atti aziendali – pubblicazione sul sito web aziendale", che il presente atto potrà essere pubblicato (integralmente ~~e/o solo con frontespizio~~) sul sito web Aziendale;

la U.O.S.D. Affari Istituzionali e Legali curerà gli adempimenti previsti dagli art. 4 e 6 del regolamento approvato con deliberazione n. 846 del 18 luglio 2006.

La presente deliberazione è composta di n. 24 pagine di cui n. 21 pagine di allegati nei termini indicati.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Giuseppe Quintavalle)



F. MODULISTICA

Per le procedure inerenti la iscrizione negli elenchi regionali delle strutture e delle figure professionali/operatori saranno utilizzati i modelli di seguito allegati.

1. ISTANZA RILASCIO DI NULLAOSTA

ALLA ASL di.....

ISTANZA DI NULLA OSTA PER CENTRO SPECIALIZZATO/STRUTTURA TAA /EAA
ai sensi dell'art.7 punto 1-lett.B lettera b dell'Accordo CSR Rep.Atti n.60 del 25/03/2015

Il sottoscritto (nome e cognome)
Nato/a..... prov..... il
Residente a prov.
Via
C.F.....
Recapito Telefonico..... e-mail

In qualità di **LEGALE RAPPRESENTANTE** del
CENTRO SPECIALIZZATO/ STRUTTURA NON SPECIALIZZATA

Ragione sociale
C.F./P.IVA.....
Sede Legale a prov
Via.....
Recapito Telefonico e-mail
PEC
Sede Operativa a Prov.
Via.....

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 con espresso riferimento all'impresa che rappresenta

CHIEDE

il rilascio del nulla osta quale:

- Centro Specializzato che eroga Terapia Assistita con Animali e/o Educazione Assistita con Animali
- Struttura non specializzata che eroga Terapia Assistita con Animali
- Struttura non specializzata che eroga Educazione Assistita con Animali residenziali

A tal fine dichiara:

- di essere in regola con quanto previsto dalle normative amministrative, edilizie e sanitarie vigenti e il D.Lgs 81/2008 per gli aspetti di tutela del lavoratore;
- di essere in possesso dei requisiti strutturali e gestionali previsti al capitolo 5 dell'Accordo Stato Regioni;
- di operare:
 - senza animali residenziali;
 - con animali residenziali: (barrare la/le voci che interessano)
 - cane
 - gatto
 - coniglio
 - cavallo
 - asino
- di svolgere i seguenti interventi assistiti:
 - TAA
 - EAA

Si allegano:

1. planimetria dettagliata con destinazione d'uso dei locali, con particolare riferimento a quelli destinati agli animali;
2. copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
3. due marche da bollo di 16 euro (con esclusione degli esenti per legge - DPR 642/1972)
4. attestazione di pagamento di € 88,00 (tariffario regionale 3.22.2)
5. relazione tecnica riguardante le tipologie di intervento praticate nel centro e le misure per la del benessere animale impiegato sia durante le sedute di trattamento che nei periodi di inattività

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 196/03, si autorizza il trattamento dei dati personali, che saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda. Si accetta che i dati anagrafici del centro/struttura siano pubblicati sul portale regionale nell'elenco dei centri/strutture riconosciuti dalla Regione Lazio.

Luogo e data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(firma e timbro)

2. ISTANZA DI ISCRIZIONE PER STRUTTURE SENZA OBBLIGO DI NULLAOSTA

ALLA ASL di.....

ISTANZA DI ISCRIZIONE ELENCO REGIONALE DELLA STRUTTURA NON SPECIALIZZATA SENZA OBBLIGO DI NULLAOSTA

ai sensi Decreto Commissario ad Acta n. U00070/2016
di recepimento dell'Accordo CSR Rep. Atti n.60 del 25/03/2015

Il sottoscritto (nome e cognome)
Nato/a..... prov..... il
Residente a prov.
Via
C.F./P.I.V.A.....
Recapito Telefonico..... e-mail

In qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della
STRUTTURA NON SPECIALIZZATA

Ragione sociale
C.F./P.IVA.....
Sede Legale a prov
Via.....
Recapito Telefonico e-mail
PEC
Sede Operativa a Prov.
Via.....

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 con espresso riferimento all'impresa che rappresenta

CHIEDE

L'iscrizione all'elenco regionale per gli IAA, quale :

- Struttura non specializzata che eroga Educazione Assistita senza Animali residenziali

- Struttura non specializzata che svolge attività assistita con gli animali (AAA)
- Struttura non specializzata che eroga EAA senza animali residenziali e AAA

A tal fine dichiara:

- di essere in regola con quanto previsto dalle normative amministrative, edilizie e sanitarie vigenti e il D.Lgs 81/2008 per gli aspetti di tutela del lavoratore;
- di operare con: (*barrare la/le voci che interessano*)
 - cane
 - gatto
 - coniglio
 - cavallo
 - asino
- di impiegare nei progetti figure professionali e operatori in possesso dei requisiti stabiliti nelle Linee guida nazionali (Accordo Stato Regioni del 25/03/2015) e dal 25/03/2018 esclusivamente quelli in possesso di attestati di idoneità riconosciuti dalle Regioni, Centro referenza Nazionale e Istituto Superiore di Sanità

Inoltre, il sottoscritto si impegna a: (1)

- comunicare alla ASL l'inizio dei progetti con una relazione del veterinario dell'equipe multidisciplinare che gestisce il progetto.
- trasmettere alla ASL e al Centro di referenza nazionale per gli IAA, entro il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco dei progetti attivati nell'anno con una sintetica descrizione dello svolgimento, dell'utenza coinvolta e dei risultati raggiunti.

(1) *esclusivamente per le strutture che erogano EAA*

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 196/03, si autorizza il trattamento dei dati personali, che saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda. Si accetta che i dati anagrafici del centro/struttura siano pubblicati sul portale regionale nell'elenco dei centri/strutture riconosciuti dalla Regione Lazio.

Documenti allegati:

- 1) copia del documento di identità del richiedente in corso di validità
- 2) attestazione di pagamento di euro 11,00 (tariffario regionale 3.23)
- 3) due marche da bollo di 16 euro (con esclusione degli esenti per legge - DPR 642/1972)

Luogo e data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(firma e timbro)

3. ISTANZA DI ISCRIZIONE PER FIGURE PROFESSIONALI/OPERATORI

**DOMANDA ISCRIZIONE ALL'ELENCO REGIONALE
DELLE FIGURE PROFESSIONALI /OPERATORI CHE EROGANO IAA
(Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 – Art. 7 comma 1 lettera c)**

La/il sottoscritta/o:

Nata/o il _____ a _____ Prov _____
Residente a _____
Indirizzo _____
C.F./P.IVA _____
Telefono _____ e-mail _____
PEC _____

CHIEDE

L'iscrizione all'elenco regionale delle figure professionali/operatori che erogano IAA in qualità di:

(contrassegnare la/e tipologia/e professionale/i)

- Responsabile di progetto TAA
- Responsabile di progetto EAA
- Referente di intervento TAA
- Referente di intervento EAA
- Medico veterinario esperto in IAA
- Coadiutore del cane
- Coadiutore di cane, gatto e coniglio
- Coadiutore del cavallo
- Coadiutore dell'asino
- Responsabile di attività in AAA

A tal fine allega:

- Copia dell'attestato di idoneità rilasciato dalla Regione Lazio ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 (se la richiesta è per più profili allegare copia di tutti gli attestati relativi)
- Curriculum vitae firmato e redatto secondo lo schema allegato al presente modulo
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio e di certificazione
- attestazione di pagamento di euro 11,00 (tariffario regionale 3.23)
- due marche da bollo di 16 euro (con esclusione degli esenti per legge - DPR 642/1972)

Data _____

Firma _____

CURRICULUM VITAE

Informazioni personali

Nome/ Cognome

Nome Cognome

Indirizzo

Numero civico, via, codice postale, città, nazione.

Telefono

Cellulare

Fax

E-mail

Cittadinanza

Data di nascita

Sesso

**Esperienza
professionale**

**ESPERIENZA
PROFESSIONALE
NON NELL'AMBITO
DEGLI IAA**

*Inserire solo due voci
principali*

Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.

Date da.....a.....

Lavoro o posizione
ricoperti

Principali attività e
responsabilità

Nome e indirizzo del
datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date da.....a.....

Lavoro o posizione
ricoperti

Principali attività e
responsabilità

Nome e indirizzo del
datore di lavoro

Tipo di attività o settore

**ESPERIENZA
PROFESSIONALE
MATURATA
NELL'AMBITO DEGLI
IAA**

*Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente
ciascun impiego pertinente ricoperto.*

Date da.....a.....

Descrizione progetto TAA/EAA/AAA

Lavoro o posizione
ricoperti

Responsabile di progetto in ambito sanitario/non sanitario/referente di
intervento in ambito sanitario/non sanitario/medico veterinario esperto
in IAA/coadiutore del cane e animali d'affezione/coadiutore
dell'asino/coadiutore del cavallo/altro?

Setting/tipo di struttura

Principali attività e
responsabilità

Nome e indirizzo del
datore di
lavoro/responsabile di
progetto/associazione
presso la quale si è svolta
l'esperienza

Date da.....a.....

Descrizione progetto TAA/EAA/AAA

Lavoro o posizione
ricoperti Responsabile di progetto in ambito sanitario/non sanitario/referente di
intervento in ambito sanitario/non sanitario/medico veterinario esperto
in IAA/coadiutore del cane e animali d'affezione/coadiutore
dell'asino/coadiutore del cavallo/altro?

Setting/tipo di struttura

Principali attività e
responsabilità

Nome e indirizzo del
datore di
lavoro/responsabile di
progetto/associazione
presso la quale si è svolta
l'esperienza

**ISTRUZIONE E
FORMAZIONE**

*Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente
ciascun corso frequentato con successo.*

**NON NELL'AMBITO
DEGLI IAA**

*Inserire solo due voci
principali (es. laurea,
diploma, altro)*

Date da.....a.....

Titolo della qualifica
rilasciata

Principali
tematiche/competenze
professionali acquisite

Nome e tipo
d'organizzazione
erogatrice dell'istruzione e
formazione

Livello nella classificazione nazionale o internazionale

Date da.....a.....

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Livello nella classificazione nazionale o internazionale

PERCORSO FORMATIVO NELL'AMBITO DEGLI IAA

Tutti i corsi sotto riportati devono essere correlati da relativi attestati di partecipazione in allegato

Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato.

Date da.....a.....

Titolo del corso

Obiettivo formativo

Numero ore (specificare teoria/pratica)

Ruolo/professionalità al quale era indirizzato l'evento formativo

Contenuti trattati (utilizzare la dicitura delle linee guida)

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Date da.....a.....	
Titolo del corso	
Obiettivo formativo	
Numero ore (specificare teoria/pratica)	
Ruolo/professionalità al quale era indirizzato l'evento formativo	
Contenuti trattati (utilizzare la dicitura delle linee guida)	
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	
Ulteriori informazioni	Compilare, se del caso, fornendo le relative specifiche
Docenze in corsi di formazione attinenti gli IAA	
Responsabile scientifico/relatore in convegni nazionali o internazionali, master nell'ambito degli IAA	
Pubblicazioni scientifiche su riviste peer reviewed nell'ambito degli IAA	
Pubblicazione di libri nell'ambito degli IAA	

Allegati Enumerare gli allegati al CV.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO E DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

La/il sottoscritta/o:

Nome e Cognome _____

Nata/o a _____ Prov (____)

Il _____ Residente a _____

Indirizzo _____

consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- che non sussistono nei propri confronti rinvii a giudizio, condanne penali e/o provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, presenti rispettivamente nel registro dei carichi pendenti e nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- che è consapevole che in caso di accertamento di falsità e/o difformità delle dichiarazioni di cui sopra, oltre alle conseguenze penali previste, si darà corso alla revoca dell'iscrizione

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 196/03, si autorizza il trattamento dei dati personali, che saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata l'istanza. Si accetta che il proprio nominativo con l'indicazione del profilo professionale sia pubblicato sul portale regionale nell'elenco delle figure professionali e operatori riconosciuti dalla Regione Lazio.

Si allega copia del documento di identità in corso di validità

Data _____

Firma _____

GRUPPO AZIENDALE INTERVENTI ASSISTITI ANIMALI (G.A.I.A.A.)

ALLEGATO 2 (deliberazione n. _____ del ___/___/___)

**COORDINATORE DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE *ff.*
DR. AUGUSTO PIZZABIOCCA**

**DIRETTORE U.O.S.D. AREA VET. B
RESPONSABILE UOC AREA A-C *ff.*
(deliberazione del Direttore Generale del 28.07.2016 n. 1101)**

DR. FABRIZIO SANTINI

1. SERVIZIO REFERENTE AREA C - MEDICO VETERINARIO INCARICATO *DR.SSA ALESSIA LIVERINI*;
2. SERVIZI DIPARTIMENTALI CONCORRENTI : SPRESAL *DR. GIORGIO BECCHETTI*- *SISP DR.SSA SIMONA URSINO*;
3. REFERENTE DSM PER LA RIABILITAZIONE EQUESTRE - RESPONSABILE MEDICO IAA - *DR. STEFANO SERIPA*
4. PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA - REFERENTE FORMAZIONE DEL DIPARTIMENTO- *DR.SSA GIANNA REGOLI*
5. SEGRETERIA G.A.I.A.A. *ASS. AMM.VA BARBARA SCRIBONI*

DISPOSIZIONI OPERATIVE

**A. ISTANZA RILASCIO NULLA OSTA : PER CENTRO SPECIALIZZATO / STRUTTURA TAA / EAA
(rif. Determinazione Regionale G11110/2016 all. F punto 1.)**

LE RICHIESTE PERVENUTE VENGONO ASSEGNATE, ESCLUSIVAMENTE TRAMITE PAFLOW, DAL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, SECONDO LE SEGUENTI MODALITA' :

1. AL DR. SANTINI, CHE PROVVEDE ALL'INOLTRO DELLA PRATICA ALLA DR.SSA LIVERINI PER LA VERIFICA DEGLI ASPETTI DI COMPETENZA DELL'AREA C E QUALE RESPONSABILE DEL GRUPPO GAIAA;
2. AI RESPONSABILI *SISP* E *SPRESAL*, *DR. BECCHETTI* E *DR.SSA URSINO*, PER LA VERIFICA DEI REQUISITI DI COMPETENZA DI CIASCUN SERVIZIO;
3. ALLA SIG.RA *SCRIBONI*, SEGRETERIA GAIAA PER L'ITER AMMINISTRATIVO (REGISTRAZIONE FASCICOLO DIGITALE AZIENDALE, PROTOCOLLAZIONE E ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI);
4. ALLA *DR.SSA GIANNA REGOLI*, CHE PROVVEDE A CONTATTARE IL *DR. SERIPA* E AD INOLTRARGLI LA RICHIESTA;
5. OGNI RICHIESTA E COMUNICAZIONE DEI SERVIZI O DEGLI SPECIALISTI DEVE ESSERE TRASMESSA AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE;
6. LA SEGRETERIA DEL DIPARTIMENTO ASSEGNA I DOCUMENTI ALLA SIG.RA *SCRIBONI* E AL DOTT. *SANTINI*, CHE A SUA VOLTA INOLTRA ALLA DOTT.SSA *LIVERINI*.
7. LA DOTT.SSA *LIVERINI* PROVVEDE A RACCOGLIERE ED ELABORARE TUTTI GLI ATTI A FIRMA DEL DIPARTIMENTO E A TRASMETTERE ALLA SEGRETERIA PER L'ACQUISIZIONE DELLE FIRME E LA REGISTRAZIONE (PROTOCOLLAZIONE) E FASCICOLAZIONE DEGLI ATTI;
8. LA SEGRETERIA GAIAA DOPO LA REGISTRAZIONE DEL NULLA OSTA TRASMETTE IL DOCUMENTO ALLA DOTT.SSA *LIVERINI*, DOPO AVERLO FASCICOLATO E ARCHIVIATO;
9. LA DOTT.SSA *LIVERINI* PROVVEDE:

- a) AD EFFETTUARE LA REGISTRAZIONE DEL NULLA OSTA IN APPOSITO REGISTRO AZIENDALE DIGITALE;
- b) A RACCOGLIERE TUTTI I DOCUMENTI IN ARCHIVIO DIGITALE E CARTACEO;
- c) AD INOLTARE GLI ESITI ALLA REGIONE PER L'ISCRIZIONE AGLI ELENCHI REGIONALI DELLA STRUTTURA.

**B. ISTANZA DI ISCRIZIONE ELENCO REGIONALE SENZA OBBLIGO DI NULLA OSTA:
PER STRUTTURE NON SPECIALIZZATE .**

(rif. Determinazione Regionale G11110/2016 all. F punto 2.)

LE RICHIESTE PERVENUTE VENGONO ASSEGNATE DAL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, SECONDO LE SEGUENTI MODALITA' :

1. AL DR. SANTINI CHE PROVVEDE ALL'INOLTRO DELLA PRATICA ALLA DR.SSA LIVERINI PER LA VERIFICA DEGLI ASPETTI DI COMPETENZA DELL'AREA C E QUALE RESPONSABILE DEL GRUPPO GAIAA;
2. AI RESPONSABILI SISP E SPRESAL, DR. BECCHETTI E DR.SSA URSINO, PER LA VERIFICA DEL RISPETTO DEI REQUISITI DELLA STRUTTURA ;
3. ALLA SIG.RA SCRIBONI, SEGRETERIA GAIAA PER L'ITER AMMINISTRATIVO (REGISTRAZIONE E ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI) ;
4. ALLA DR.SSA GIANNA REGOLI, CHE PROVVEDERA' A CONTATTARE IL DR. SERIPA E AD INOLTARGLI LA RICHIESTA ;
5. OGNI COMUNICAZIONE DEI SERVIZI O DEGLI SPECIALISTI DEVE ESSERE TRASMESSA AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE CHE ASSEGNA ALLA SEGRETERIA GAIAA, SIG.RA SCRIBONI, E AL DOTT. SANTINI PER L'INOLTRO ALLA DOTT.SSA LIVERINI
6. LA SEGRETERIA DEL DIPARTIMENTO ASSEGNA I DOCUMENTI ALLA SIG.RA SCRIBONI E AL DOTT. SANTINI, CHE A SUA VOLTA INOLTRA ALLA DOTT.SSA LIVERINI.
7. LA DOTT.SSA LIVERINI PROVVEDE A RACCOGLIERE ED ELABORARE TUTTI GLI ATTI A FIRMA DEL DIPARTIMENTO E A TRASMETTERE ALLA SEGRETERIA PER L'ACQUISIZIONE DELLE FIRME E LA REGISTRAZIONE (PROTOCOLLAZIONE) E FASCICOLAZIONE DEGLI ATTI;
8. LA SEGRETERIA GAIAA DOPO LA REGISTRAZIONE DELL'ATTESTAZIONE TRASMETTE IL DOCUMENTO ALLA DOTT.SSA LIVERINI, DOPO AVERLO FASCICOLATO E ARCHIVIATO;
9. LA DOTT.SSA LIVERINI PROVVEDE;
 - a) AD EFFETTUARE LA REGISTRAZIONE DELL' ATTESTAZIONE IN APPOSITO REGISTRO AZIENDALE DIGITALE;
 - b) A RACCOGLIERE TUTTI I DOCUMENTI IN ARCHIVIO DIGITALE E CARTACEO;
 - c) AD INOLTARE GLI ESITI ALLA REGIONE PER L'ISCRIZIONE AGLI ELENCHI REGIONALI DELLA STRUTTURA.

C. ISTANZA DI ISCRIZIONE ELENCO REGIONALE PER FIGURE PROFESSIONALI ED OPERATORI CHE EROGANO I.A.A. (rif. Determinazione Regionale G11110/2016 all. F punto 3.)

LE RICHIESTE PERVENUTE VENGONO ASSEGNATE DAL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, SECONDO LE SEGUENTI MODALITA' :

1. AL DR. SANTINI CHE PROVVEDE ALL'INOLTRO DELLA PRATICA ALLA DR.SSA LIVERINI, QUALE RESPONSABILE DEL GRUPPO GAIAA;
2. ALLA SIG.RA SCRIBONI, SEGRETERIA GAIAA PER L'ITER AMMINISTRATIVO (REGISTRAZIONE E ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI) ;
3. ALLA DR.SSA GIANNA REGOLI, CHE PROVVEDE A CONTATTARE IL DR. SERIPA E AD INOLTARGLI LA RICHIESTA PER LA VERIFICHE DI COMPETENZA;
4. OGNI COMUNICAZIONE DEI MEMBRI DEL GRUPPO DEVE ESSERE TRASMESSA AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE CHE ASSEGNA ALLA SEGRETERIA GAIAA, SIG.RA

SCRIBONI, E AL DOTT. SANTINI CHE PROVVEDE AD INOLTARE ALLA DOTT.SSA LIVERINI;

5. LA DOTT.SSA LIVERINI DOPO AVER PROVVEDUTO A REGISTRARE NELL'APPOSITO REGISTRO AZIENDALE PROVVEDE :
 - a) AD EFFETTUARE LA REGISTRAZIONE DELL' ATTESTAZIONE DELLE FIGURE PROFESSIONALI/OPERATORI IN APPOSITO REGISTRO AZIENDALE DIGITALE;
 - b) A RACCOGLIERE TUTTI I DOCUMENTI IN ARCHIVIO DIGITALE E CARTACEO;
 - c) AD INOLTARE GLI ESITI ALLA REGIONE PER L'ISCRIZIONE AGLI ELENCHI REGIONALI DELLA STRUTTURA.

D. MODELLI DI NULLA OSTA E DI ATTESTAZIONE :

A SECONDA DELLA RICHIESTE PERVENUTE SARANNO ADOTTATI I MODELLI ALLEGATI ALLA PRESENTE DISPOSIZIONE (*rif. Determinazione Regionale G11110/2016 all. F punto 4. -5.-6.*) :

4. MODELLO DI RILASCIO NULLA OSTA;
5. MODELLO DI ATTESTAZIONE DELL' ISCRIZIONE DI STRUTTURE NON SPECIALIZZATE SENZA OBBLIGO DI NULLA OSTA ;
6. MODELLO DI ATTESTAZIONE DELL' ISCRIZIONE DELLE FIGURE PROFESSIONALI ED OPERATORI CHE EROGANO I.A.A.

E. REGISTRI :

I REGISTRI ADOTTATI IN FORMATO DIGITALE E IN FORMATO CARTACEO SONO STATI ELABORATI AI SENSI DELLA DET. REG. G11110 (*rif. Determinazione Regionale G11110/2016 all. F punto 7. ed 8.*)

ALLEGATO 7. " REGISTRO DELLE ISCRIZIONI DI CENTRI / STRUTTURE "

ALLEGATO 8. " REGISTRO DELLE FIGURE PROFESSIONALI / OPERATORI "

MARCA DA BOLLO

**OGGETTO : NULLA OSTA RILASCIATO AI SENSI DELL'ART.7 b) - ACCORDO STATO REGIONE
25/03/2015**

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E IL RESPONSABILE
UOC VETERINARIA A-C f.f. DELL'AZIENDA ASL RM 4**

VISTA la domanda presentata in data/...../..... prot.....dal
Sig in qualità di Legale Rappresentante del Centro Specializzato /
Struttura non specializzata denominata con sede
in..... Via n..... finalizzata al rilascio del
NULLA OSTA per gli Interventi Assistiti con gli animali;

VISTA la DGR n. 866 del 18/12/2006 che ha recepito l'Accordo Stato-Regioni sulle
disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy del 6
febbraio 2003;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 che ha approvato le nuove Linee guida in
materia di Interventi Assistiti con gli animali;

Visti gli esiti degli accertamenti effettuati :

in data/...../..... dal SERVIZIO.....;

in data/...../..... dal SERVIZIO.....;

in data/...../..... dal SERVIZIO.....;

in data/...../.....dal dott. STEFANO SERIPA e dalla dott.ssa GIANNA REGOLI ;

nel corso dei quali sono stati verificati i requisiti strutturali e gestionali di cui al capitolo 5 delle Linee
Guida allegate all' ASR;

DICHIARANO

NULLA OSTA, esclusivamente per quanto riguarda il possesso dei requisiti individuati come necessari nelle Linee Guida nazionali per IAA, all'erogazione di Interventi Assistiti con gli Animali da parte del Centro Specializzato/Struttura non Specializzata (denominazione).....sito in Via n.....

È obbligatorio, altresì:

- *comunicare* alla ASL l'inizio dei progetti con una relazione del veterinario dell'equipe multidisciplinare
- *trasmettere* alla ASL e al Centro di referenza nazionale per gli IAA, entro il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco dei progetti attivati nell'anno con una sintetica descrizione dello svolgimento, dell'utenza coinvolta e dei risultati raggiunti.

Civitavecchia/...../.....

Il Responsabile UOC Area Veterinaria A-C *ff.*
Dott. Fabrizio Santini

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione *ff.*
Dott. Augusto Pizzabiocca

MARCA DA BOLLO

OGGETTO : ATTESTAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO REGIONALE DELLE STRUTTURE CHE EROGANO IAA SENZA OBBLIGO DI NULLA OSTA.

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E IL RESPONSABILE
UOC VETERINARIA A-C f.f. DELL'AZIENDA ASL RM 4**

VISTA la domanda presentata in data/...../..... prot.....dal
Sig in qualità di Legale Rappresentante della Struttura non
specializzata denominata con sede in.....
Via n....., finalizzata all'iscrizione nell'elenco regionale delle strutture non
specializzate che erogano Interventi Assistiti con gli Animali;

VISTA la DGR n. 866 del 18/12/2006 che ha recepito l'Accordo Stato-Regioni sulle
disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy del 6
febbraio 2003;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 che ha approvato le nuove Linee guida in
materia di Interventi Assistiti con gli animali;

VISTI gli esiti degli accertamenti effettuati :

in data/...../..... dal SERVIZIO.....;

in data/...../..... dal SERVIZIO.....;

in data/...../..... dal SERVIZIO.....;

in data/...../.....dal dott. STEFANO SERIPA e dalla dott.ssa GIANNA REGOLI ;

nel corso dei quali sono stati verificati i requisiti strutturali e gestionali di cui al capitolo 5 delle Linee
Guida allegate all' ASR;

ATTESTANO

Che la Struttura non Specializzata (denominazione).....sita in
.....Via n..... è stata iscritta
nell'elenco regionale delle strutture non specializzate senza obbligo di nullaosta che erogano IAA

Per le strutture che erogano EAA è obbligatorio, altresì:

- *comunicare* alla ASL l'inizio dei progetti con una relazione del veterinario dell'equipe multidisciplinare;

- *trasmettere* alla ASL e al Centro di referenza nazionale per gli IAA, entro il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco dei progetti attivati nell'anno con una sintetica descrizione dello svolgimento, dell'utenza coinvolta e dei risultati raggiunti.

Civitavecchia/...../.....

Il Responsabile UOC Area Veterinaria A-C *ff.*
Dott. Fabrizio Santini

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione *ff.*
Dott. Augusto Pizzabiocca

MARCA DA BOLLO

OGGETTO : ATTESTATO DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO REGIONALE DELLE FIGURE PROFESSIONALI / OPERATORI CHE EROGANO IAA

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E IL RESPONSABILE
UOC VETERINARIA A-C *f.f.* DELL'AZIENDA ASL RM 4**

VISTA la domanda presentata in data/...../..... prot.....dal
Sig residente a Via
..... n..... finalizzata all'iscrizione nell'elenco regionale delle figure
professionali / operatori che erogano Interventi Assistiti con gli Animali;

VISTA la DGR n. 866 del 18/12/2006 che ha recepito l'Accordo Stato-Regioni sulle
disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy del 6
febbraio 2003;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 25/03/2015 che ha approvato le nuove Linee guida in
materia di Interventi Assistiti con gli animali;

Visti gli esiti degli accertamenti effettuati :

in data/...../.....dal dott. STEFANO SERIPA e dalla dott.ssa GIANNA REGOLI ;
nel corso dei quali sono stati verificati i requisiti gestionali di cui al capitolo 5 delle Linee Guida
allegate all' ASR:

ATTESTANO

Che il Sig./Sig.ra.....Residente ain
Via n..... è stato/a iscritto/a nell'elenco regionale delle
figure professionali/operatori che erogano Interventi Assistiti con gli Animali.

Civitavecchia/...../.....

Il Responsabile UOC Area Veterinaria A-C *ff.*
Dott. Fabrizio Santini

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione *ff.*
Dott. Augusto Pizzabiocca

Copia conforme all'originale per uso amministrativo.

Civitavecchia, li

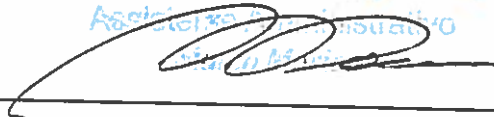
Il Dirigente U.O.S.D. Affari Istituzionali e Legali
Dr.ssa Sonia Evangelisti

Copia della presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale in data - 9 DIC. 2016

Il Dirigente U.O.S.D. Affari Istituzionali e Legali
Dr.ssa Sonia Evangelisti

IL FUNZIONARIO DELEGATO

Assistente Amministrativo



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione è stata inviata all'U.O.C. Sistemi Informatici ICT per la pubblicazione sul sito web aziendale in data - 9 DIC. 2016

IL FUNZIONARIO DELEGATO
Assistente Amministrativo

Marco Marian

Il Dirigente U.O.S.D. Affari Istituzionali e Legali
Dr.ssa Sonia Evangelisti
