AL DIRETTORE DEL DISTRETTO VETERINARIO

DELL’ATS DELLA CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO

INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA’

OGGETTO: Anagrafe Equina/ profilassi Anemia Infettiva Equina, richiesta autorizzazione prelievi di sangue.

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa ……………………………………………………….………..………………………….

nat… a …………………………………… il …………..…… C.F. ……………………………………………………………

laureat… in Medicina Veterinaria il ……………….., presso la Facoltà di ………………………….…………………

Residente a ………..………..…….. Via ………….………………………….. n…… Tel ………….……………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C H I E D E**  **L’autorizzazione all’effettuazione di prelievi di sangue ad equidi presenti nel territorio dell’ATS della Città Metropolitana di Milano, ai fini della profilassi dell’anemia infettiva, come previsto dall’OM 14 novembre 2006 e s.m.i., nei seguenti centri ippici/scuderie:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **NOME IMPIANTO** | **RESPONSABILE** | **NUMERO EQUIDI PRESENTI** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |

## DICHIARA

* di essere iscritto, in data ………………, all’Ordine dei Medici Veterinari di ………………………………con il n…….….;
* di impegnarsi al rispetto delle modalità di attuazione stabilite dall’OM 14/11/2006 e s.m.i.
* di garantire:

1. l’utilizzo della modulistica prevista modulo A del Decreto Ministeriale 2 febbraio 2016, per il conferimento dei prelievi all’IZSLER, comprensiva di tutti i dati anagrafici del detentore con relativo CF, per la successiva fatturazione;
2. la trasmissione, al Distretto veterinario …………………………… dell’ATS della Città Metropolitana di Milano territorialmente competente, dello stesso modulo A compilato, entro 7 gg dal prelievo;
3. l’applicazione dell’onere a carico del proprietario/detentore dell’equide, del rimborso del costo dell’analisi eseguite dall’IZSLER.

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679 e D.Lgs. n.196/03 novellato dal D.Lgs. n.101/18, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS.

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_