

**OGGETTO: ISTANZA DI ACCREDITAMENTO PER LE OPERAZIONI DI PROFILASSI ANEMIA  
INFETTIVA EQUINA**

Il sottoscritto Dr.

nato a \_\_\_\_\_ prov. |\_\_| il |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

codice fiscale |\_\_\_\_\_| partita I.V.A. |\_\_\_\_\_|

residente a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

C.A.P. |\_\_\_\_\_| Località \_\_\_\_\_ prov. |\_\_|

telefono |\_\_\_\_\_| Fax |\_\_\_\_\_|

e-mail \_\_\_\_\_ cell. |\_\_\_\_\_|

laureato in Medicina Veterinaria il |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_| presso la facoltà di:

e-mail PEC.....

**CHIEDE**

l'autorizzazione all'effettuazione di prelievi di sangue a equidi presenti nel territorio dell'ASL 5 Spezzino, ai fini della profilassi dell'anemia infettiva, come previsto dall'art.2 comma 1 del Decreto Ministeriale. 02/02/2016 "*Piano nazionale per la sorveglianza ed il controllo dell'anemia infettiva degli equidi*".

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, **DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

- di essere iscritto dalla data ....., all'Ordine dei Medici Veterinari di ..... con il n.....;
- di impegnarsi al rispetto delle modalità di attuazione stabilite dal D.M. 02/02/2016 con particolare riguardo a quanto previsto dall'articolo 2 comma 4 del Decreto Ministeriale sopra citato;
- di garantire l'utilizzo della **modulistica prevista come da allegato 1** del D.M. per la trasmissione dei prelievi all'IZS, comprensiva di tutti i dati anagrafici del detentore con relativo CF, per la successiva fatturazione;
- di garantire la trasmissione, al Servizio di Sanità Animale dell'ASL 5 Spezzino, ufficio territorialmente competente, dello stesso allegato A compilato **entro 7 gg dal prelievo**;

località \_\_\_\_\_

|\_\_|/|\_\_|/2|\_\_\_\_|

In fede

Il Richiedente

\_\_\_\_\_