

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p><b>MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO DEL CANE/GATTO NELLA STRUTTURA SANITARIA</b></p>	
<p>U.O. Direzione Medica Ospedaliera – Cesena Direttore: Dott.ssa Virna Valmori</p>		

Alla Direzione Medica di Presidio - Ospedale Bufalini  
viale Ghirotti 286, Cesena  
fax 0547/300598  
email: dirsan.ce@auslromagna.it

Io sottoscritto:

- degente      nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
ricoverato      nell'Unità Operativa di: \_\_\_\_\_
- suo familiare/conoscente:      nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
recapito telefonico per essere contattati \_\_\_\_\_

**CHIEDO** l'autorizzazione per l'accesso nella struttura sanitaria di:       cane       gatto

preferenza sul luogo di incontro:

- area esterna di pertinenza della struttura sanitaria       area interna comune
- stanza di degenza (in questo caso il rilascio dell'autorizzazione sarà subordinata alla valutazione delle condizioni cliniche degli altri degenti presenti nella stanza e all'acquisizione del loro consenso)

**ALLEGRO** la seguente documentazione:

- copia di polizza assicurativa per danni contro terzi
- certificazione veterinaria (validità di 15 giorni dal suo rilascio) che attesti il buono stato di salute e assenza di sintomatologia clinica riconducibile a malattia trasmissibile anche di natura non zoonotica e assenza di endo ed ecto parassitosi
- copia dell'iscrizione all'anagrafe canina (solo per il cane)

**Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003**

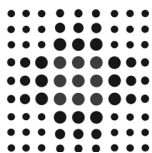
*Si informa che i dati personali e sensibili che La riguardano e da Lei forniti saranno trattati dall'Azienda mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità istituzionali dell' Azienda e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e regolamentari in materia.*

*Titolare del trattamento è l'Ausl della Romagna con sede in via De Gasperi, 8 – Ravenna nella persona del Direttore Generale.*

*Responsabile del trattamento è la Dott.ssa Virna Valmori, come indicato nell'elenco dei responsabili del trattamento e consultabile sul sito web: [www.ausl-cesena.emr.it](http://www.ausl-cesena.emr.it)*

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_



vista la documentazione e valutata la richiesta insieme al Direttore dell'UO interessata

**si autorizza** l'accesso in data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ nella seguente area:

area interna comune \_\_\_\_\_

area esterna di pertinenza della struttura sanitaria \_\_\_\_\_

reparto/stanza di degenza \_\_\_\_\_

parere del Direttore dell'UO o Suo sostituto:  favorevole  non favorevole

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

consenso dei degenti presenti nella stanza, firme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il giorno della visita, il conduttore dell'animale deve portare con sé:

- il **libretto sanitario aggiornato** dell'animale e **copia della presente autorizzazione**
- una **confezione di prodotto idroalcolico** per il frazionamento rapido delle mani e offrire il prodotto a chiunque abbia toccato l'animale

percorso che il conduttore e l'animale devono seguire per accedere al luogo di incontro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NON si autorizza** l'accesso

data \_\_\_\_\_ il Direttore/Referente \_\_\_\_\_

*copia della presente autorizzazione e della documentazione allegata va conservata in cartella clinica*