



Animali d'affezione: richiesta di accesso in ospedale

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

telefono (fisso o cellulare)

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

familiare

conoscente

di (nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

ricoverato presso l'ospedale/struttura (specificare il comune)

nel reparto di

CHIEDO

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

► di accedere all'ospedale/struttura con un cane un gatto

► fare n. visita/e alla persona ricoverata (specificare il numero di visite che si desidera fare con l'animale)

► che la visita si svolga nel reparto di degenza nell'area esterna della struttura

DICHIARO CHE (compilare solo se si chiede di accedere con un cane)

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

► il cane ha queste caratteristiche:

Razza: (specificare)

meticcio

Taglia: piccola (es. chihuahua)

media (es. setter)

grande (es. labrador, golden retriever)

Pelo: raso

medio

lungo

ATTENZIONE! Non è consentito l'accesso con cani che rientrano nell'elenco di quelli pericolosi, definito da specifica ordinanza del Ministero della Salute

DICHIARO INOLTRE CHE

- ▶ l'animale non ha mai manifestato segni di aggressività o disagio
- ▶ l'animale ubbidisce al richiamo e interagisce amichevolmente con le persone
- ▶ il cane non è iscritto nell'elenco regionale dei cani pericolosi
- ▶ conduco frequentemente il cane in luoghi pubblici
- ▶ ho già portato il cane in ambienti chiusi, mai frequentati, con presenza di persone sconosciute (es. appartamenti, luoghi pubblici come bar) e sono sempre riuscito a controllarlo

ALLEGO

- copia di un documento di identità in corso di validità
- polizza assicurativa per danni contro terzi provocati dall'animale
- copia del libretto sanitario dell'animale, nel quale sia indicata la profilassi vaccinale e i trattamenti antiparassitari contro gli ecto ed endo-parassiti a cui è stato sottoposto
- certificato veterinario, non antecedente i 15 giorni all'accesso dell'animale nella struttura, che attesti: la buona salute dell'animale, l'assenza di qualsiasi sintomatologia clinica riconducibile a malattia trasmissibile anche di natura non zoonotica ed esecuzione di trattamenti nei confronti di ecto ed endo-parassitosi da non più di 1 mese e non meno di 3 giorni dall'accesso
- nel caso in cui l'animale sia un cane, copia dell'iscrizione all'anagrafe degli animali d'affezione su cui è indicato il numero del microchip

MI IMPEGNO A

- ▶ assumermi ogni responsabilità civile e penale di danni o lesioni a persone, animali o cose provocate ad altri animali dall'animale che accompagno
- ▶ presentare il foglio di autorizzazione il giorno della visita/accesso alla struttura sanitaria
- ▶ rispettare le indicazioni fornite dal personale sanitario della struttura sugli accorgimenti igienici e per qualsiasi eventuale problema contingente (es. l'interruzione anticipata della visita in caso di necessità)
- ▶ rispettare rigorosamente gli orari della visita indicati nel documento di autorizzazione
- ▶ assicurare che la persona ricoverata si lavi le mani con acqua e sapone oppure le frizioni con gel alcolico, prima e dopo il contatto con l'animale
- ▶ assicurarmi che l'animale sia pulito e ben spazzolato
- ▶ condurre:
 - il cane al guinzaglio e mettergli la museruola, togliendola solo durante l'incontro con la persona ricoverata e in assenza di altri ricoverati
 - il gatto nell'apposito trasportino, almeno fino in prossimità della persona ricoverata e, se liberato, mantenerlo con idoneo guinzaglio
- ▶ mantenere l'animale sotto il mio controllo e assicurarmi che resti vicino al proprietario/paziente, senza lasciarlo avvicinare ad altri pazienti, visitatori, staff o altri animali
- ▶ raccogliere eventuali deiezioni con appositi strumenti che porto con me, avvisando del fatto il personale dell'unità operativa
- ▶ ad allontanare l'animale dalla struttura in qualsiasi momento se vengono meno i presupposti di sicurezza, benessere, quiete e, comunque, a seguito di esplicita richiesta del personale della struttura

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma *(per esteso e leggibile)*

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come presentare la richiesta di accesso con un animale d'affezione

Deve presentare la sua richiesta alla Direzione sanitaria della struttura in cui è ricoverata la persona a cui desidera fare visita.

Obblighi comportamentali

Per accompagnare l'animale nella struttura sanitaria deve rispettare gli obblighi comportamentali indicati nell'elenco che le viene consegnato (e nella richiesta)



SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Esaminata la richiesta e la documentazione allegata, si esprime parere

POSITIVO

L'appuntamento per l'accesso con l'animale è fissato

per il giorno dalle ore alle ore

presso (*specificare il luogo dell'incontro e il percorso di accesso*)

Eventuale 2° accesso

L'appuntamento per l'accesso con l'animale è fissato

per il giorno dalle ore alle ore

presso (*specificare il luogo dell'incontro e il percorso di accesso*)

Eventuale 3° accesso

L'appuntamento per l'accesso con l'animale è fissato

per il giorno dalle ore alle ore

presso (*specificare il luogo dell'incontro e il percorso di accesso*)

Attenzione! Il certificato veterinario ha validità di 15 giorni dal rilascio e deve essere valido alla data di ogni accesso alla struttura sanitaria; quindi, se scade tra un accesso e l'altro, deve essere rifatto

NEGATIVO

per i seguenti motivi

data

firma (*L'operatore della Direzione sanitaria*)

firma (*Il richiedente*)