

DOMANDA CONTRIBUTO PER LA STERILIZZAZIONE
Dichiarazione del medico veterinario

Il/la sottoscritto/a Dott.....nato/a
il C.F Tel./cellulare
iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della provincia di.....al n.....

DICHIARA

di accettare dal sig.l'incarico per la sterilizzazione dei seguenti cani:

- 1- Esemplare femmina/maschio microcip n..... ;
- 2- Esemplare femmina/maschio microcip n..... ;

affinché possa usufruire del contributo per la sterilizzazione, di cui alla Deliberazione Commissario Straordinario assunta con i poteri della Giunta Comunale n. 11 del 25/01/2023 e della determinazione n. 119 del 06/02/2023. A tal fine

DICHIARA

1. Di avere a disposizione un ambiente attrezzato per l'attività chirurgica secondo quanto previsto con determinazione del Servizio Prevenzione della Direzione generale Sanità n. 2345/8 del 2911.2004 di recepimento dell'Accordo tra il Ministero della salute, le regioni e le province autonome per la "Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi mini richiesti per l'erogazione delle prestazioni veterinarie da parte di strutture pubbliche e private" (Rep.Atti n. 1868 del 26 novembre 2003), secondo le buone pratiche veterinarie;
2. Che l'intervento sarà eseguito presso
3. Che per i costi delle prestazioni farà riferimento alle tariffe delle prestazioni dei Medici Veterinari stabilite ai sensi del Decreto n. 165 del 19 luglio 2016 "Regolamento recante la determinazione dei parametri per la liquidazione da parte di un organo giurisdizionale dei compensi per le professioni regolamentate"
4. **Che l'importo presunto della prestazione ammonta complessivamente a**
5. Che al fine dell'erogazione del contributo, renderà apposita certificazione di avvenuta prestazione, congiuntamente all'emissione della fattura o altro documento fiscale.

Il Medico Veterinario
(timbro e firma)

=====

Informativa resa ai sensi degli articoli 13 – 14 del G.D.P.R. 2016/679

Ai sensi dei principi e delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, i dati richiesti risultano essenziali ai fini dell'ammissione al contributo e il relativo trattamento –informatico e non – verrà effettuato dall'Amministrazione tramite gli uffici preposti nel rispetto della normativa vigente unicamente ai fini della formazione della graduatoria e successiva erogazione del contributo.

I dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n.679/2016, esclusivamente nell'ambito della procedura assegnazione di contributi per i cani di proprietà.

In qualità di interessato, si informa ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento europeo n. 679/2016 che il richiedente può esercitare i suoi diritti con richiesta scritta inviata al Responsabile del Trattamento all'indirizzo postale della sede legale del Comune di Assemini o al seguente indirizzo mail di posta elettronica certificata protocollo@pec.comune.assemini.ca.it

Assemini, _____

Il Medico Veterinario
(timbro e firma)