



DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI SOGGETTI OSPITANTI

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

In Via _____ N. _____ CAP _____

Cellulare _____ email _____

Telefono _____ Pec _____

in qualità di Direttore Sanitario

della struttura _____
(denominazione)

indicare la tipologia della struttura tra quelle sotto indicate

- Ambulatorio veterinario
- Clinica veterinaria e casa di cura veterinaria
- Ospedale veterinario
- Laboratorio veterinario di analisi

indicare la forma giuridica della struttura tra quelle sotto indicate

- Associazione
- Società
- Società tra professionisti (STP)
- Altro _____

con sede in _____

Telefono _____ email _____

Pec _____

DICHIARA

1. di essere a conoscenza del Regolamento Enpav per la concessione di Sussidi per l'avvio alla Professione e di accettare tutte le condizioni in esso indicate;
2. di non avere contenziosi con l'Enpav
3. che la struttura è in possesso dei seguenti requisiti obbligatori e vincolanti:
 - è titolare di una polizza di responsabilità civile verso terzi
 - presenta l'allegato piano formativo del borsista che sarà inserito all'interno della struttura
 - all'interno della struttura operano stabilmente almeno tre professionisti, i cui nominativi sono di seguito indicati:

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	RUOLO ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA
*			
*			
*			

**indicare obbligatoriamente almeno tre nominativi*

- la struttura è in grado di erogare le seguenti prestazioni veterinarie **obbligatorie**:
 - medicina generale
 - chirurgia generale effettuata in locali dedicati, fonte di ossigeno e monitoraggio dei parametri vitali durante l'anestesia
 - radiologia ed ecografia
 - analisi eseguite nel laboratorio interno:
(indicare la dotazione disponibile a titolo esemplificativo)

altro:

■ Che la struttura è altresì in possesso dei seguenti **requisiti qualificanti**:

Dotazione di strumenti di diagnostica avanzata:

RMN

TAC

Altro:

Apertura h. 24

Possesso della certificazione di qualità e/o Buone Pratiche Veterinarie

Servizio di ricovero:

numero dei ricoveri: _____

stanze separate per cani e per gatti: SI NO

Presenza di uno o più diplomati di College Europeo o Americano

Presenza di uno o più titolari di titolo universitario di specializzazione in Clinica dei piccoli animali

Altro:

■ Che la struttura è in grado altresì di erogare le seguenti **prestazioni qualificanti**:

Chirurgia Specialistica (*specificare*) _____

Medicina Specialistica (*specificare*) _____

Ortopedia (*specificare*) _____

Neurochirurgia (*specificare*) _____

CHIEDE

di inserire la struttura di cui è Direttore Sanitario nell'elenco dei soggetti ospitanti disponibili alla realizzazione di un piano formativo di **n. 1** giovane laureato che risulti assegnatario del Bando per l'assegnazione dei Sussidi per l'avvio alla Professione

A TAL FINE SI IMPEGNA

- ad informare tempestivamente l'Enpav di ogni variazione della posizione propria e della struttura di cui è legale rappresentante
- a nominare quale tutor interno _____ con il compito di affiancare il borsista per tutta la durata del piano formativo e che sia in possesso dei seguenti requisiti prescritti dall'art. 3 del Regolamento per l'assegnazione dei Sussidi per l'avvio alla Professione:
 - essere in regola con la posizione iscrivitiva e contributiva Enpav
 - operare stabilmente da almeno tre anni nell'ambito della medesima struttura
 - non avere contenziosi con l'Enpav
 - avere esperienza professionale di almeno 5 anni

AUTORIZZA

- a rendere disponibili le informazioni contenute nella presente domanda ai vincitori del bando per l'assegnazione dei Sussidi per l'avvio alla Professione.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Si fa presente che i dati acquisiti per rispondere alle diverse istanze degli associati e/o concedere la prestazione richiesta verranno trattati nel rispetto delle previsioni del Regolamento (UE) 2016/679, con particolare riferimento agli obblighi di riservatezza e sicurezza. La informiamo che in qualunque momento, Lei potrà esercitare i diritti previsti nei limiti ed alle condizioni di cui agli articoli 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679.

La invitiamo, altresì, a prendere visione dell'informativa ai sensi dell'articolo 13 Regolamento (UE) 2016/679 completa al seguente [link](http://www.enpav.it/Informativa.pdf) (<http://www.enpav.it/Informativa.pdf>).

Data _____

Firma _____

A norma dell'art. 46 D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dei benefici conseguiti per effetto delle Dichiarazioni non veritiere (Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONI UTILI

Come inviare la domanda

- tramite email: enpav@enpav.it
- tramite posta certificata: enpav@pec.it
- tramite posta ordinaria o raccomandata: Via Castelfidardo, 41 – 00185 ROMA

Si consiglia di utilizzare una modalità di invio dalla quale possa risultare con certezza la data di spedizione e l'effettivo ricevimento da parte dell'Ente, in quanto spetta al richiedente la prova del regolare invio della domanda

Cosa allegare

- copia di un **documento di identità** in corso di validità **del Direttore Sanitario**
- piano formativo