



il SUAP del Comune di

Indirizzo

PEC / Posta

elettronica

Pratica

del

Protocollo _____

☐ Notifica ai fini della registrazione D.LGS. 134/2022

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

[illegible][illegible]

Data di nascita: ____/____/____ Cittadinanza: _____ Sesso M |____| F |____|

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. | _____

Residenza: Comune _____ Prov. | _____

Via, Piazza n° C.A.P. | | | | |

E-mail: _____

Se disponibile, indicare l'indirizzo PEC: _____

Telefono: _____

In qualità di

Titolare	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

☐ Legale rappresentante

☐ Altro _____

dell'Impresa/Azienda/Ente

Denominazione o ragione sociale: _____

☐ ditta individuale ☐ s.s. ☐ s.n.c. ☐ s.r.l. ☐ s.a.s. ☐ s.a.p.a. ☐ s.p.a. ☐ Società Cooperativa

 altro _____

[illegible][illegible]

con sede legale nel Comune di _____ Prov. |__|__|

Via, Piazza _____ n. _____ CAP |_|_|_|_|

Telefono: _____ Fax _____

Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____

Consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,

SEGNALA

☐ l'apertura

DELL'ESERCIZIO DI:

☐ Allevamento, ☐ Addestramento, ☐ Pensione di:

☐ cani ☐ gatti ☐ piccoli animali d'affezione

L'impianto è sito nel Comune di _____

Via _____ . n° _____

A TAL FINE DICHIARA

che la persona responsabile dell'assistenza degli animali è: _____

☐ già in possesso di una qualificata formazione professionale sul benessere animale, ottenuta mediante la partecipazione al corso di formazione, _____
svoltosi nell'anno, _____;

☐ non ancora in possesso di attestato di formazione ma che si impegna a frequentare il primo corso di formazione professionale sul benessere animale riconosciuto dalla Provincia;

che il veterinario responsabile sanitario della struttura è: Dott. _____

Iscritto all'ordine provinciale dei medici veterinari della Provincia di _____

Al n. _____

che nell'esercizio dell'attività oggetto della presente SCIA vengono rispettate le vigenti disposizioni sulla tutela del benessere degli animali, nonché in materia sanitaria, edilizia, di smaltimento dei rifiuti solidi urbani e di smaltimento dei rifiuti di sottoprodotti O.A.

☐ che i locali adibiti all'attività sono agibili giusto certificato agibilità n. _____ del _____

☐ che i locali adibiti all'attività scaricano in fogna pubblica giusto autorizzazione allo scarico n. _____ del _____

☐ che l'approvvigionamento idrico avviene tramite _____

☐ di essere iscritto alla C.C.I.A.A. della provincia di Agrigento al n. _____ dal _____

☐ che si avvale della struttura del Dott. _____ per gli interventi clinici

Iscritto all'ordine provinciale dei medici veterinari della Provincia di _____

Si allega in duplice copia la documentazione seguente

- Planimetria dell'impianto, firmata da un professionista con relativa relazione tecnica descrittiva
- Relazione tecnica dell'impianto

Copia del documento d'identità del titolare in corso di validazione.

Per i centri di addestramento

- attestato di addestratore
- Educatore - Comportamentalista

Ricevuta versamento diritti sanitari all'ASL per sopralluogo.

Luogo e Data _____

Firma