

 ASLSassari Azienda socio-sanitaria locale	UNA VISITA A 4 ZAMPE Allegato 1	S.C. ANESTESIA TERRITORIALE E CURE PALLIATIVE Hospice San Giovanni Battista di Ploaghe
Codifica PRG-D-02-05-2026 Pagina 1 di 3	S.C. PIANIFICAZIONE STRATEGICA, ORGANIZZAZIONE AZIENDALE E GOVERNANCE	Data: 25/08/2026 Revisione 0

RICHIESTA AI FINI DELL'ACCESSO DI ANIMALI IN VISITA (Allegato 1)

Il/La Sottoscritto/a _____ c.f. _____,

nato a _____ (____) il ____/____/____, residente a _____ (____) in

Via/Piazza _____ n° _____, recapito telefonico _____,

e-mail _____, in qualità di _____

dell'OSPITE Signor/a _____

proprietario dell'animale:

☐ cane, nome _____ n° microchip _____

☐ gatto, nome _____ n° microchip _____

☐ altro _____, nome _____ n° microchip _____

CHIEDE

l'autorizzazione all'ingresso nella struttura per la visita al/alla OSPITE consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000,

 ASLSassari Azienda socio-sanitaria locale	UNA VISITA A 4 ZAMPE Allegato 1	S.C. ANESTESIA TERRITORIALE E CURE PALLIATIVE Hospice San Giovanni Battista di Ploaghe
Codifica PRG-D-02-05-2026 Pagina 2 di 3	S.C. PIANIFICAZIONE STRATEGICA, ORGANIZZAZIONE AZIENDALE E GOVERNANCE	Data: 25/08/2026 Revisione 0

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE

☐ ha preso visione del contenuto del **regolamento per l'accesso di animali domestici nell'Hospice San Giovanni Battista Ploaghe.**

Il suo animale è:

- ☐ iscritto all'anagrafe regionale (se cane)
- ☐ in buona salute ed immune da parassiti
- ☐ stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie
- ☐ non manifesta aggressività, né le ha manifestata nelle due settimane precedenti.

Questa richiesta, prodotta con allegato FOTOCOPIA DEL LIBRETTO SANITARIO DELL'ANIMALE, è consegnata al Direttore Sanitario o Medico presente in struttura e viene conservata nella documentazione dell'ospite ai fini della valutazione del rilascio dell'autorizzazione.

Luogo data _____

Firma del dichiarante_____

 ASLSassari Azienda socio-sanitaria locale	UNA VISITA A 4 ZAMPE Allegato 1	S.C. ANESTESIA TERRITORIALE E CURE PALLIATIVE <i>Hospice San Giovanni Battista di Ploaghe</i>
Codifica PRG-D-02-05-2026 Pagina 3 di 3	S.C. PIANIFICAZIONE STRATEGICA, ORGANIZZAZIONE AZIENDALE E GOVERNANCE	Data: 25/08/2026 Revisione 0

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI REQUISITI E AUTORIZZAZIONE

Il Servizio Sanità Animale e Anagrafi Zootecniche, verificati i requisiti previsti:

- ☐ iscrizione all'Anagrafe Animale;
- ☐ buone condizioni generali di salute;
- ☐ certificazione veterinaria rilasciata da non oltre 15 giorni;
- ☐ regolarità delle vaccinazioni previste;
- ☐ assenza di parassitosi;
- ☐ adeguate condizioni igieniche, con animale pulito e correttamente spazzolato.

ha visitato l'animale presso l'Ambulatorio della ASL n. 1 di Sassari.

A seguito della verifica dei requisiti sopra indicati,

☐ **AUTORIZZA** ☐ **NON AUTORIZZA**

l'ingresso dell'animale presso l'Hospice San Giovanni Battista.

Data: _____

Il Veterinario Nome e cognome: _____

Firma: _____