Comune di Bologna

Spett. Comune di Bologna
UI Salute e Tutela Ambientale
Settore Salute, Benessere e Autonomia della Persona
Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità
Piazza Liber Paradisus, 6 - 40129 Bologna

protocollogenerale@pec.comune.bologna.it

allegare dichiarazione di assolvimento del pagamento dell'imposta di bollo di 16 euro

ATTIVITA' DI ALLEVAMENTO DI CAVIE AI FINI SCIENTIFICI:

APERTURA/COMUNICAZIONI DI VARIAZIONI/CESSAZIONE ATTIVITÀ

Dati del soggetto richiedente:

Nome Cognome _____

nato/a a _____ (___) il_____ residente a _____

Via/Piazza _____n._____

Domicilio a_____(___) in via _____ n.____

Recapito telefonico_____ Cellulare _____/_____

PEC _____ E-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cittadinanza _____

In nome o per conto della Ditta/Società: _____

Dipartimento: _____

□ in qualità di DIRETTORE

□ in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE

dell'Istituto: _____

con sede legale in _____

Via _____ n. _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PARTITA IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

C H I E D E

il rilascio dell'autorizzazione sanitaria per l'apertura e l'esercizio di allevamento di cavie a scopo scientifico e sperimentale, ai sensi del Decreto Legislativo N. 26/2014 e della Direttiva 2010/63/UE

A **tal fine allego quanto segue:**

□ Relazione tecnico-scientifica ed elenco delle attrezzature per lo stabilimento di allevamento di cavie, contenente :
- sede sociale;
- legale rappresentante o amministratore o responsabile;
- responsabile del progetto di ricerca;
- tipo di progetto;
- finalità del progetto;
- durata;
- specie di animali utilizzati;
- responsabile dello stabulario;

□ Registro di carico e scarico degli animali di allevamento;

□ Planimetria dell'interno complesso e planimetrie in scala minima 1 : 100 di ogni singolo edificio con indicazione delle destinazioni d'uso di ogni vano;

□ Curriculum vitae delle figure responsabili del benessere animale per le strutture di allevamento e relative dichiarazioni di accettazione incarico e copie di documento di identità valido;

□ Curriculum vitae dei medici veterinari designati per le strutture di allevamento e relative dichiarazioni di accettazione incarico e copie di documento di identità valido.

Oppure:

C O M U N I C A

le seguenti variazioni:

_____

Oppure:

D I C H I A R A

di cessare l'attività di ALLEVAMENTO CAVIE A SCOPO SCIENTIFICO per

□ chiusura attività o □ trasferimento di sede a:

_____

Dichiaro di aver letto e di accettare l'informativa del Comune di Bologna per il trattamento dei dati personali: https://www.comune.bologna.it/informativa-privacy

Data _____ **Il/La dichiarante**

_____

Comune di Bologna
UI Salute e Tutela Ambientale – Settore Salute, Benessere e Autonomia della Persona
Piazza Liber Paradisus, 6 - 40129 Bologna

allegare copia del documento di identità