



**RICHIESTA DI ACCESSO DEGLI ANIMALI D'AFFEZIONE
PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE DELL'ASST VALTELLINA E ALTO LARIO**

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

ricoverato/a nel reparto _____

del PRESIDIO di _____

CHIEDE

L'ACCESSO DEL SEGUENTE ANIMALE D'AFFEZIONE: CANE GATTO CONIGLIO

DICHIARA

- Di aver preso visione e seguire le regole espresse nell'informativa collegata alla presente richiesta di accesso (00-Inf QR01).
- Di possedere e presentare al reparto il certificato veterinario attestante la buona salute dell'animale, l'assenza di qualsiasi sintomatologia clinica riconducibile a malattia trasmissibile e l'assenza di parassitosi.

Si ricorda che l'accesso è consentito solo nelle aree comuni del piano/padiglione (sale d'attesa, soggiorni).

Firma del paziente richiedente

Luogo e data richiesta _____

Firma e timbro del Medico di reparto

Luogo e data autorizzazione _____

