

PIANO REGIONALE INTEGRATO 2015/2018 DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N.617 /2015	PIANO DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI IN REGIONE CAMPANIA	MOD. 24B: CONSENSO INFORMATO Rev. 7 del 31/12/14
---	--	--

OGGETTO: modulo consenso informato per adozione cane infetto/sospetto infetto per leishmaniosi.

Io sottoscritto
Nato a.....il.....residente a.....
in viaN°tel.....
indirizzo mail:.....
dichiaro di essere a conoscenza che il CANE microchip n.....
Razza.....Sesso.....
Mantello.....Data di nascita.....
Proveniente dal canile /rifugio:.....
da me adottato in data.....è POSITIVO SOSPETTO per leishmaniosi.
Pertanto, comunico che il cane verrà collocato:
- presso la mia abitazione, all'indirizzo su indicato
- altro (indicare il detentore):
nome.....cognome.....
indirizzo.....
recapiti telefonici.....
Dichiaro, inoltre, di essere al corrente delle caratteristiche della malattia che si trasmette anche all'uomo tramite la
puntura di un insetto (pappatacio/flebotomo) e di essere stato informato delle cure necessarie e delle misure di controllo,
atte ad impedire la diffusione della Leishmaniosi
Pertanto mi impegno a:
- Sottoporre il cane ad adeguata terapia, unitamente alle misure di protezione dalle punture dei flebotomi,
secondo le indicazioni del medico veterinario curante
- Trasmettere copia della documentazione sanitaria e quanto altro necessario per il corretto monitoraggio della
malattia, al Servizio Veterinario ASL che ha in carico il procedimento amministrativo relativo al cane di mia
proprietà
- Comunicare al Servizio su citato, le variazioni anagrafiche riguardanti il cane di mia proprietà (decesso,
cambio di residenza, ecc.) ai sensi della vigente normativa regionale (legge regionale n.16/2001)

Luogo e data

Firma_____

Si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 SI NO Firma_____