

All'ASL _____

**SCHEMA PROGETTUALE PER INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI
TITOLO DEL PROGETTO**

--

TIPO DI PROGETTO TAA AAA EAA

SOGGETTO PROPONENTE/EROGATORE DEGLI INTERVENTI

Sede Legale
Recapito

LEGALE RAPPRESENTANTE

Nominativo	Telefono Mobile
E- mail	Sito

REFERENTE PROGETTO

Nominativo	Telefono Mobile
E-mail	Sito

SOGGETTO FRUTTORE DEL PROGETTO

--

LUOGO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

--

DURATA

--

Equipe del Soggetto fruitore del progetto*	
Responsabile delle Strutture	
Responsabile del Progetto	
Referente di Intervento	
Medico veterinario del S.S.N.	
Operatori Sanitari	
Educatori	
Infermieri	
Riabilitatori	
Equipe che Eroga le Attività*	
Responsabile di Attività	
Medico veterinario esperto in IAA	
Coadiutori degli animali	

* i componenti delle equipe sono indicativi e dipendono dal tipo di attività

ALTRI PARTECIPANTI

Nominativo	Ruolo
------------	-------

DESCRIZIONE SINTETICA (max 250 caratteri)

--

OBIETTIVI (max 250 caratteri)

--

DESTINATARI

--

ANIMALI COINVOLTI NEL PROGETTO

--	--	--

MODALITÀ OPERATIVE (Fasi del progetto)

Studio	Fase operativa 1	Fase operativa 2
Fase operativa 3	Fase operativa 4	Verifica

FREQUENZA SEDUTE

--

(indicare se mensile, settimanale, bisettimanale)

STRUMENTI SCELTI PER IL MONITORAGGIO

<input type="checkbox"/> Analisi immagini	<input type="checkbox"/> Filmati	<input type="checkbox"/> Altro(specificare) _____
<input type="checkbox"/> Gestione flussi informativi	<input type="checkbox"/> Somministrazione test	

SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI

<input type="checkbox"/> Quantitativa	<input type="checkbox"/> Qualitativa	<input type="checkbox"/> Statistica
<input type="checkbox"/> Altro		

Informazione e consenso all'informazione	Si	No
Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali	Si	No
Assicurazione	Si	No
Altro		

Data: _____

Il Responsabile di progetto

Allegati:

(per presentare il progetto, se non esplicitamente richiesti dal soggetto fruitore o dall'ASL non sono necessari)

Progetto dettagliato Piano economico Certificazioni animali Esami Lab. CV operatori

Assicurazioni Altro _____