**Dichiarazione DSA comprovante la presenza medico veterinario in Struttura**

Io sottoscritto Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Medico Veterinario iscr. all’Albo dei Medici Veterinari della Provincia di Napoli al n°\_\_\_\_\_\_, in qualità di Direttore Sanitario dello

* Studio Veterinario
* Ambulatorio Veterinario
* Clinica Veterinaria

denominata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sita in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, loc\_\_\_\_\_\_

dichiaro sotto la mia piena responsabilità

che il/la dr/dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a all’albo dei Medici Veterinari della prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n°\_\_\_\_\_\_\_\_ svolge attività clinica e di pronto soccorso presso la suddetta struttura con rapporto di collaborazione

* libero professionale
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poiché la sua attività lavorativa non può essere svolta al di fuori dei locali della clinica e, come da DL 23 febbraio 2020 n°6, l’attività veterinaria viene considerata un “servizio essenziale di pubblica utilità in quanto correlato al ciclo biologico di animali e piante”, si richiede la sua presenza regolare presso la Struttura summenzionata. Il suddetto Medico Veterinario si assume la responsabilità di attenersi alle indicazioni del DPCM-08/03/2020, e successive modifiche ed integrazioni, per quanto riguarda la limitazione degli spostamenti a quelli strettamente necessari per lo svolgimento dell’attività lavorativa.

Napoli, lì

In fede

Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
 OMV Napoli num. \_\_\_\_\_