

RICHIESTA STERILIZZAZIONE/CASTRAZIONE CANE CON CONTRIBUTO REGIONALE MODELLO PROPRIETARI

AL COMUNE DI CASTELFRANCI
info@pec.comune.castelfranci.av.it

Il sottoscritto..... nato a
il..... residente a..... via/piazza.....
CAP..... C.F..... telefono.....
Indirizzo e-mail..... C.I. n.rilasciata il
con scadenza al, in qualità di proprietario del cane:

- NUMERO MICROCHIP:
- SESSO:
- RAZZA:
- ETA':

Chiede di poter usufruire della sterilizzazione/castrazione del sopra-identificato cane, munito di microchip e iscritto in anagrafe canina, con contributo regionale;

Dichiara di aver richiesto il contributo per un solo cane per il proprio nucleo familiare;

Si impegna a far sterilizzare l'animale entro 90 giorni dall'autorizzazione, compatibilmente con lo stato di salute dello stesso, l'orario e le date degli interventi saranno concordati tra la struttura veterinaria e il richiedente.

Prende atto che il veterinario operatore potrà, a suo insindacabile giudizio, non procedere all'esecuzione dell'intervento di sterilizzazione qualora fossero presenti controindicazioni in relazione allo stato di salute rilevate al momento dell'esame obiettivo generale o all'indagine anamnestica.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del decreto del Presidente della Repubblica n.445 del 28 dicembre 2000 per la falsità in atti e dichiarazioni mendaci che le sopra riportate dichiarazioni rispondono al vero.

Luogo e data

.....

FIRMA

.....

Allega fotocopia documento d'identità in corso di validità.

Riservato al Comune di Castelfranci

PER ACCETTAZIONE

DATA:

.....

FIRMA:

.....

NUMERO AUTORIZZAZIONE

.....