

**RICHIESTA STERILIZZAZIONE/CASTRAZIONE CANE CON CONTRIBUTO REGIONALE MODELLO
PROPRIETARI**

AL COMUNE DI CARIFE
comune.carife@asmepec.it

Il sottoscritto..... nato a
il..... residente a via/piazza.....
CAP..... C.F..... telefono.....
Indirizzo e-mail..... C.I. n.rilasciata il
e valida sino 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 preso il seguente veterinario:
.....
- Dichiaro 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, DATA:

FIRMA:

Allega fotocopia documento d'identità in corso di validità.

Riservato al COMUNE di CARIFE

PER ACCETTAZIONE

DATA:

FIRMA:

NUMERO AUTORIZZAZIONE

.....

.....

.....