

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

AL COMUNE DI CAGGIANO (SA)
vigliurbani.caggiano@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.....
- 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.

.....
FIRMA

Riservato al COMUNE di Caggiano (SA)

PER ACCETTAZIONE

DATA:

FIRMA:

NUMERO AUTORIZZAZIONE

.....