

**COMUNICAZIONE STERILIZZAZIONE/CASTRAZIONE CANE CON CONTRIBUTO
REGIONALE MODELLO PER MEDICI VETERINARI**

AL COMUNE DI CAGGIANO (SA)
vigiliurbani.caggiano@asmepec.it

Il sottoscritto Medico veterinario libero professionista iscritto all'Ordine di al n° operante presso la struttura denominata situata a in via P.IVA recapiti telefonici

DICHIARA

Di aver verificato la presenza del microchip e la registrazione in anagrafe canina del cane

NUMERO MICROCHIP:

DATI PROPRIETARIO:

NOME

COGNOME

C.F.:

Di aver effettuato l'intervento di sterilizzazione/castrazione in data

Di aver registrato l'intervento in BDU in data

Oppure

Di non aver effettuato l'intervento di sterilizzazione/castrazione a causa di controindicazioni in relazione allo stato di salute del cane rilevate al momento dell'esame obiettivo generale o all'indagine anamnestica

Luogo e data

TIMBRO E FIRMA
Il Veterinario

.....