

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

AL COMUNE DI CAGGIANO (SA)  
[vigiliurbani.caggiano@asmepec.it](mailto:vigliurbani.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

.....