

**ALLEGATO B - Modulo di identificazione cane padronale da sterilizzare
(DA RESTITUIRE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI)**

AI COMUNE DI MASSAFRA
6^ Ripartizione Ambiente - Ecologia, Randagismo
protocollo@pec.comunedimassafr.it

MODULO DI IDENTIFICAZIONE CANE PADRONALE DA STERILIZZARE

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il _____
e residente a _____ Prov. _____
Via/Piazza _____
Nr. telefono/cell. _____ e-mail _____
C.F. _____

ATTESTAZIONE DA PARTE DEL MEDICO VETERINARIO

Il Sottoscritto Dr./ssa _____ Tel, _____
Medico Veterinario iscritto all'albo provinciale di _____ con n° _____

CERTIFICA

▪ che il cane di proprietà del/la Signore/a sopra indentificato/a presenta le seguenti caratteristiche:
nr. Microchip: _____

data iscrizione all'Anagrafe canina in capo al proprietario/dichiarante _____ n° _____

nome del cane _____ razza _____ sesso _____

taglia _____ colore mantello _____

in possesso del passaporto n. _____ rilasciato il _____ dall'Asl _____

▪ di aver eseguito l'intervento di sterilizzazione / castrazione

▪ di non aver potuto eseguire l'intervento per il seguente motivo:

Data e luogo _____

Il Proprietario

Il Medico Veterinario

Timbro e Firma