

AL SERVIZIO VETERINARIO
ASP - AGRIGENTO
DISTRETTO SANITARIO DI:

**Comunicazione per iscrizione nel territorio della regione siciliana di cane/gatto
identificato in altra regione o all'estero**

Il/La sottoscritto/a

Cognome:	Nome:
Nato a:	Il:
Residente a:	In Via /P.zza:
Documento:	Numero:
Tel.:	C.F.:

In qualità di proprietario/detentore del cane sotto specificato, a conoscenza del disposto dell'art. 76 del DPR 28 Dic. 2000, n.445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

CHIEDE

Che il cane

Identificato in data ____ / ____ / ____ /		
con Microchip numero:		
Nome	Razza	
Sesso ☐ M ☐ F	Data di nascita	Colore mantello

Venga registrato nell'anagrafe canina della provincia di Agrigento

☐ **Proveniente dalla regione** _____ l'avvenuta acquisizione/introduzione
in data _____ Allega:

- ✓ Modello di passaggio di proprietà del cane/gatto per avvenuta cancellazione
anagrafe d'origine, con relativa carta d'identità del cedente e del sottoscritto;

☐ **Proveniente dall'estero Stato** _____ l'avvenuta acquisizione/introduzione
in data _____ Allega

- ✓ Passaporto (eventuale certificato TRACES)

Acconsente ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AUTORITA' SANITARIA

Acquisito in data _____

Prot. Num. _____