

ALL' ASP AGRIGENTO

SIAPZ DISTRETTO DI _____

PROT. N. _____
DEL _____

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

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

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art.76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA **la morte del cane** (compilare anche il riquadro)

- avvenuta in data _____
- causa _____
<input type="checkbox"/> Vedi certificato veterinario allegato

 la scomparsa/furto del cane

- avvenuta in data _____
- ora _____
- in località _____
- <u>vedi denuncia allegata</u>

 variazione dati anagrafici (compilare indicando **nuovo** indirizzo /luogo di detenzione del cane)

città _____ (.._) loc.. _____
 via _____ n. _____
 tel./cell. _____ e-mail _____

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**ALLEGARE SEMPRE** copia fronte retro di un documento in corso di validità del dichiarante e ricevuta di pagamento ove dovuto