

AL SERVIZIO VETERINARIO
ASP - AGRIGENTO
DISTRETTO SANITARIO DI:

Comunicazione di ritrovamento di cane/gatto smarrito

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,

COMUNICA

Che il cane/gatto

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

Smarrito/rubato in data _____ come da denuncia già presentata, è stato ritrovato in _____ Via _____

Data _____

Firma _____

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

SPAZIO RISERVATO ALL'AUTORITA' SANITARIA

Acquisito in data _____
Prot. Num. _____
L' Incaricato