

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

AL COMUNE DI AULETTA
protocollo.auletta@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.....

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

Data e luogo.....

TIMBRO E FIRMA

.....