

**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

.....