**ALLEGATO A - RICHIESTA STERILIZZAZIONE/CASTRAZIONE CANE CON CONTRIBUTO REGIONALE (MODELLO PER I PROPRIETARI)**

AL COMUNE DI VALLO DELLA LUCANIA

[**prot.vallodellalucania@legalmail.it**](mailto:prot.vallodellalucania@legalmail.it)

Il sottoscritto……………………………………………………………………………………………………………….. nato a ……………………………………………………………………………………………………………………… il ………………..…….. residente a ……………….…………………………………………………………………… via/piazza ……………..……………………………..………………………………………………………… n. …..… CAP ……………………………… C.F. ……………………………………………..…………………………………… telefono ……………………………………………………………………………………………………………………. Indirizzo e-mail …………………………………………………………………………………….……………………… C.I. n. ………………………………………………………………………….…………………………………….. rilasciata il ….…………………………………………………….. scadenza ……………………...………………….. dal Comune di ……………………………………………………………………………………………………………..

**IN QUALITÀ DI PROPRIETARIO DEL CANE SOTTO IDENTIFICATO**

|  |  |
| --- | --- |
| MICROCHIP N.: | SESSO: |
| RAZZA: | ETÀ: |

**CHIEDE**

di poter usufruire della sterilizzazione/castrazione del sopra-identificato cane, munito di microchip e iscritto in anagrafe canina, con contributo regionale, presso una delle seguenti Struttura Veterinaria accreditate ***(barrare di fianco alla struttura prescelta)***:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ambulatorio Veterinario ROCCA-VET | Via San Cataldo 84060 Roccagloriosa |
|  | Centro Diagnostico Veterinario De Luca dott. Antonio | Via Velina, 167, 84060 Castelnuovo C.to |

**DICHIARA**

* di aver richiesto il contributo per un solo cane per il proprio nucleo familiare.
* di impegnarsi a far sterilizzare l’animale entro 90 giorni dall’autorizzazione, compatibilmente con lo stato di salute dello stesso, l’orario e le date degli interventi saranno concordati tra la struttura veterinaria e il richiedente.
* di prendere atto che il veterinario operatore potrà – a suo insindacabile giudizio – non procedere all’esecuzione dell’intervento di sterilizzazione qualora fossero presenti controindicazioni in relazione allo stato di salute rilevate al momento dell’esame obiettivo generale o all’indagine anamnestica.
* sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del decreto del Presidente della Repubblica n.445 del 28 dicembre 2000 per la falsità in atti e dichiarazioni mendaci che le sopra riportate dichiarazioni rispondono al vero ed all’uopo allega fotocopia del documento di identità valido.

LUOGO, DATA: …………………………… FIRMA: ………………..……………………………

**Riservato al COMUNE DI VALLO DELLA LUCANIA**

PER ACCETTAZIONE

DATA: FIRMA: AUTORIZZAZIONE N°

…………………………… …………………………… ……………………………