

**Oggetto: Comunicazione degli interventi di sterilizzazione e identificazione su gatti di proprietà di privati cittadini residenti nel Comune di Terracina nonché dei felini randagi anche appartenenti alle colonie feline riconosciute sul territorio comunale**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in  
qualità di Direttore Sanitario / Legale Rappresentante della Struttura veterinaria (indicare il nome della  
struttura “ \_\_\_\_\_ ” P.IVA  
\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-  
mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Autorizzazione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

convenzionato con il Comune di Terracina per gli interventi di sterilizzazione e identificazione in oggetto

**DICHIARA**

**consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000:**

- di aver sottoposto ad intervento di sterilizzazione e identificazione (laddove necessaria) i gatti di cui al presente elenco:

MICROCHIP

- di **non aver richiesto né ricevuto somme ulteriori** rispetto a quanto indicato nelle fatture emesse e trasmesse ai fini della presente rendicontazione.

**ALLEGA**

- ☐ copia di documento d'identità o riconoscimento in corso di validità
- ☐ copia domande presentate in fase di richiesta intervento corredata da tutta la documentazione presentata dagli istanti;
- ☐ copia fatture emesse ai privati per gli interventi effettuati.

**Terracina,**\_\_\_\_\_

**FIRMA**

---