

**All B- COMUNICAZIONE STERILIZZAZIONE/CASTRAZIONE CANE CON CONTRIBUTO REGIONALE
MODELLO PER MEDICI VETERINARI**

AL COMUNE DI POLLA
protocollo.polla@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.....

Oppure

☐ 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, luogo

TIMBRO E FIRMA

.....

(Il Veterinario)

Il Sindaco
Massimo LOVISO