**3.11.1** - MODELLO C

 Alla ASL di Frosinone

 Servizio Veterinario Sanità Animale

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Richiesta di sterilizzazione di gatti di colonia felina

Il/la sottoscritto/a ……………………………..………..………………………………………….

Referente della colonia felina registrata presso codesta ASL denominata

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CHIEDE**

La sterilizzazione di n. ………. Gatti di colonia di seguito identificati

1 microchip n. …………………………………………………

2 microchip n. …………………………………………………

3 microchip n. …………………………………………………

4 microchip n. …………………………………………………

Ovvero da identificare contestualmente alla sterilizzazione

**DICHIARA**

Tutti i gatti appartengono alla colonia felina e nessuno è di proprietà.

Presentano i seguenti sintomi/patologie ………………………………………………………………………..

I gatti sono sotto terapia con ………………………………………………………………………………………….

I gatti sono a digiuno dalle ore ………………………………. del giorno……………………………………..

Sono state osservate tutte le prescrizioni igieniche e le istruzioni fornite dalla ASL

**CONSENSO INFORMATO**

Il sottoscritto è stato debitamente informato che il rischio di lesioni o morte dell’animale, anche se basso, è sempre presente trattandosi di un intervento chirurgico e di animali che vivono in strada, con anamnesi muta e per i quali non è possibile acquisire un quadro clinico completo.

**Il sottoscritto è consapevole che:**

* Gli animali conferiti per la sterilizzazione non saranno sottoposti ad esame fisico completo prima della chirurgia e non saranno fatti accertamenti di laboratorio.

 Data……………………………………………..

 Firma

 …………………..…………..……………….