

A  ASL di Frosinone Area A Distretto \_\_\_\_  Comune di .....

oggetto: Richiesta di riconoscimento colonia felina/gatti in libertà e di sterilizzazione dei gatti presenti

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Quartiere \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento ( di cui allego copia) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di:

Privato cittadino  Delegato dall'associazione .....

Richiedo:

riconoscimento di detentore di gatti che vivono in stato di libertà in via/quartiere \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

per l'accesso al programma di limitazione delle nascite ai sensi della L.281/91 e L.R. 34/97 e Del. Reg. 43/10.

L'ampliamento della colonia già registrata con n. \_\_\_\_\_ relativamente a n. \_\_\_\_ soggetti adulti e n \_\_\_\_ cuccioli

A tal fine:

- Dichiaro che gli animali di cui trattasi non sono di mia proprietà, vivono in libertà e si trovano:
  - Nel quartiere/ condominio/località, via .....
  - solo occasionalmente nei pressi della mia abitazione.
  - Dichiaro di essere consapevole della responsabilità penale cui posso andare incontro nel caso di dichiarazioni false e delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 (reclusione fino a 3 anni).
  - Dichiaro di assumere ogni responsabilità in merito e in particolare di provvedere alle seguenti condizioni:
- ✓ Cura della colonia e mantenimento di corrette condizioni igieniche e di benessere
  - ✓ Cattura e reintroduzione sul territorio dei gatti sterilizzati;
  - ✓ Presentare il gatto a digiuno ed eseguire la terapia post operatoria necessaria;
    - ✓ Sollevare la Asl da inconvenienti post operatori.

, il \_\_\_\_\_

Firma:

\_\_\_\_\_

Visto  ASL  Comune data \_\_\_\_\_  Positivo

Sopralluogo del ..... Composizione animali da sterilizzare:

n° maschi adulti \_\_\_\_\_ n. femmine adulte \_\_\_\_\_ cuccioli \_\_\_\_\_

Negativo per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

Il Veterinario/Tecnico della Prevenzione/Incaricato comunale

\_\_\_\_\_ timbro

numero registrazione ASL assegnato \_\_\_\_\_