[Mod. 3.14]

AL SERVIZIO VETERINARIO ASL DI ………………………...

E p.c. ALL’UFFICIO ANAGRAFE CANINA ………………………

Oggetto: Denuncia variazione art. 14 L.R. 34/97

Il sottoscritto **.............................................**nato a **..........................** Prov............il **.................**

e residente a.........................Prov **.......** in Via**.......................**n° **.......**CAP **.........** telefono**...............**

Documento di identificazione **........................**n° ................ del **....................**.rilasciato da…**.............**

In qualità di proprietario/detentore del cane iscritto all’Anagrafe Canina della ASL………………………………………

Sez/distretto…………………….…………….Comune……………………………………………….Prov………………

Microchip n° …………………………………….….tatuaggio n°…………………………Razza………………………..

Sesso...……..data di nascita………………………..mantello………………………………….taglia…………………….

Segni particolari……………………………………………………………………………nome…………………….......

data di applicazione microchip........................................ sterilizzazione SI [ ] NO [ ]

DENUNCIA

Ai sensi dell’art. 14 della Legge Regionale del Lazio 21 ottobre 1997 n° 34:

* Lo smarrimento del cane avvenuto il ………………………nel Comune di ………………………………………...

Prov………………...in Via/Loc………………………………………………………………………………………

* Il decesso del cane avvenuto il …………………………………causa di morte …...……………………………….

( allegare possibilmente certificato di morte redatto dal Medico Veterinario )

modalità di smaltimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* La variazione dell 'indirizzo in cui è detenuto nel Comune di …………………………………………Prov……

Via/Loc………………………………………………………………………………………..CAP……………….

* La cessione del cane al Sig…………………………………………………………………….nato il………………

A……………………..…………… Prov……..e residente nel Comune di………………………………………….

Prov………in Via/Loc………………………………………CAP……………………Tel……………………………………..

C.F./P.iva……………………………………………Documento di identificazione…………………………………

N°………………………….del…………………Rilasciato da………………………………………………………

ASL di appartenenza………………..Via…………………………Tel………………………….Fax……………….

Il/I sottoscritto/i è/sono responsabile/i di quanto riportato nel modello ai sensi del' art. 46 del D.P.R. 445/200 e consapevole/i delle responsabilità civili e penali di cui all'art. 76 del D.P.R: 445/200

………………………. Lì………………………. IL PROPRIETARIO/DETENTORE

…………………………………………..

Per accettazione IL NUOVO PROPRIETARIO/DETENTORE

……………………………………………………

**SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO**

Per avvenuta presentazione all’ASL data ………………………. Timbro e Firma

[modulistica\denuncia variazione smarrimento morte…. 3.14](2)