[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)