

Prot. N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Responsabile S.S.O.  
Sanità Animale  
Distretto \_\_\_\_\_  
ASL FROSINONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

A seguito dell'accalappiamento del proprio cane avvenuto il \_\_\_\_\_

Vista la L.R. n. 34/97 art. 16 comma 5 e 6

**CHIEDE LA RESTITUZIONE del CANE**

RAZZA \_\_\_\_\_

Sesso M F

Taglia P M G

Colore \_\_\_\_\_

Microchip \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Ricoverato presso il Canile \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE