

SANITA' ANIMALE – Distretto _____ Presidio _____
 Indirizzo _____
 Tel _____ fax _____

Data _____

RESTITUZIONE CANE DI PROPRIETA'

Il Medico Veterinario della Azienda ASL di Frosinone

A seguito di accalappiamento del cane avvenuto il _____
 ricoverato presso il Canile Sanitario _____

A seguito di richiesta di restituzione del cane da parte del proprietario Sig. _____
 nato a _____ il _____ e residente a _____
 in via _____ tel. _____ effettuata in
 data _____ acquisita al protocollo d'ufficio al n. _____ del _____,

- **Vista la L.R. n. 34 del 21/10/1997;**
- **Visto l'art. 16 comma 5 e 6;**
- **Espletati i controlli sanitari;**

RILASCIA N.O. alla restituzione del cane

Razza _____ sesso M F Taglia P M G Colore _____

Nome _____ Microchip _____

Il Medico Veterinario
 ASL FROSINONE

| | |
|--|--|
| <p>In data _____ il cane _____ visitato dal Dr. _____, all'esame clinico non presenta sintomi riferibili a malattie infettive e diffuse. Eventuali trattamenti terapeutici sanitari NON differibili:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Il Medico Veterinario</p> | <p>Ritirato in data _____ alle ore _____ dal/dalla Sig./Sig.ra _____</p> <p style="text-align: center;">Firma</p> |
|--|--|

[cani,canili...\modulistica\scheda restituzione cane di proprietà mod. 3.20](2)