



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

Prot. n. _____ del _____

Oggetto: Certificato di decesso

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di Medico
Veterinario appartenente all'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone

CERTIFICA

Il decesso del cane

RAZZA _____ Sesso M F Taglia P M G
Mantello _____ Microchip _____

Avvenuto in data _____

A causa di _____

- Meno di un mese Meno di tre mesi Entrato in gravi condizioni
 Entrato da meno di 10 gg Presente già nel canile

Il Medico Veterinario

leggibile