AMBULATORIO VETERINARIO (Intestazione)

........

**STERILIZZAZIONE DI GATTI DI COLONIA**

Il/la sottoscritto/a ............................................... documento n. ……………………. referente della colonia felina codice …………………………………………………….…………………… di via ………………………………………………………………….…………………………….. comune ………………………………………………

*dichiara*

che il gatto ………………………………………………… di sesso ………………………………… di età ………………………………. colore ……………………………………………….. consegnato in data odierna al dott. …………………………………………………………… per l’intervento di sterilizzazione e microchippatura effettuato in regime di convenzione con l’ATS Val Padana

NON È UN GATTO DI PROPRIETÀ PRIVATA, FA PARTE DELLA COLONIA FELINA DAL/LLA SOTTOSCRITTO/A GESTITA, VI RISIEDE ABITUALMENTE E VERRÀ AD ESSA REGISTRATO.

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, di assumersene la piena responsabilità e di sollevare il medico veterinario da ogni eventuale conseguenza.

Data ....................... firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_