*All'attenzione del*
Comune di Mazara del Vallo
Ufficio del Rifugio Sanitario
Via Rosario Ballatore, 1, 91026 Mazara del Vallo (TP)
rifugio.sanitario@comune.mazaradelvallo.tp.it
*rev00*

# RICHIESTA DI ADOZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

via _____ n° _____ tel. _____

email _____

documento di identità _____ numero _____

codice fiscale _____

**CHIEDE L'ADOZIONE**

dell'animale ricoverato presso il Rifugio Sanitario Municipale, avente le seguenti caratteristiche:

**Specie:** [] Cane [] Gatto - **Razza:** _____ **Mantello:** _____

**Taglia**: [] Piccola [] Media [] Grande - **Età**: [] Cucciolo [] Adulto - **Sesso**: [] M [] F

**Sterilizzato:** [] SI [] NO - **N° Microchip**: _____

Il sottoscritto, consapevole di tutte le conseguenze di legge derivanti dal possesso di un animale e degli obblighi sanitari e profilattici, dichiara, sotto la propria responsabilità:

- Di possedere le strutture idonee alla detenzione dell'animale nella sua residenza o nel luogo sito in _____ via _____ n. ___
- Di aver effettuato il colloquio conoscitivo con il personale del Rifugio Sanitario, di aver dato loro disponibilità di accesso per le verifiche delle condizioni di dimora, di aver eseguito almeno un momento di socializzazione con l'animale;
- Di impegnarsi ad eseguire tutte le profilassi preventive: sverminazioni, vaccini, filaria ect. che il Veterinario di fiducia riterrà opportune;
- Di provvedere ad un'alimentazione adeguata, alle cure di affetto e alle cure sanitarie necessarie all'animale e che non potranno essere richieste al Rifugio Sanitario Municipale;
- Di rispettare tutte le prescrizioni di legge, in particolare Legge n. 281 del 14/08/1991 e Legge Regionale Siciliana n. 15 del 03/07/2022, sull'identificazione dell'animale e sulle informazioni da inviare alle autorità competenti a riguardo di cessione a terzi, cambio di residenza, smarrimento o decesso.

Data Il richiedente

_____ _____