

## **RICHIESTA CURE MEDICHE GATTO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Documento Identità \_\_\_\_\_

C.F. (Obbligatorio) \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 2 della Legge Regionale 7 aprile 2000 n.27

- **SEGNALA GATTO INCIDENTATO**
- **SEGNALA GATTO AMMALATO**

Dichiara che *l'animale / gli animali non risulta/risultano* di proprietà di alcuno e che  
*vive/vivono* in libertà in zona \_\_\_\_\_ Via

\_\_\_\_\_

- Gatto Nr. \_\_\_\_\_ appartenente alla colonia felina Nr. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

- Non si è a conoscenza della sua appartenenza ad una colonia felina censita oppure se gatto  
di proprietà privata

### **Descrizione del gatto (\*):**

razza \_\_\_\_\_ età presunta \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_ mantello \_\_\_\_\_

San Mauro Pascoli, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

*(\*) da compilare sono in caso di segnalazione di un solo esemplare*