



COMUNE DI SAN MAURO PASCOLI

Provincia di Forlì – Cesena

Settore Amministrativo – Ufficio URP

**RICHIESTA DI STERILIZZAZIONE CHIRURGICA E CONTESTUALE DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.p.r. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ Via _____ n. _____
tel.: _____ Doc.identità _____
c.f. _____ (obbligatorio)

CHIEDO

- Sterilizzazione chirurgica

dell'animale di specie felina sesso F M Età _____

Colore mantello: Bianco Bicolore Blu Crema Fulvo
 Grigio Maculato Marrone Nero Rosso
 Tartarugato Tigrato Tipo Siamese Tricolore

Macchie: bianche grigie marroni nere fulve

GATTO NR. _____ COLONIA FELINA NR. _____

e a tal fine **CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000
PER LE IPOTESI DI FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI IVI INDICATE**

DICHIARO

Di essere referente della colonia felina NR. _____ ubicata in San Mauro Pascoli Via

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza

- che le prestazioni rese presso gli ambulatori veterinari convenzionati sono riservate esclusivamente ai gatti privi di proprietario;
- che per la corretta identificazione dei gatti randagi verrà eseguito il taglio della punta della pinna del padiglione auricolare non oltre i 7 mm dall'estremità della pinna stessa subito dopo la sterilizzazione chirurgica con il soggetto in anestesia profonda come da nota ministero della salute 766-P-17/01/2012;
- che il gatto sterilizzato verrà identificato mediante microchip.

San Mauro Pascoli, li _____

In fede
