

DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO

Al Comune di Mesagne
AREA VI – Servizi al Territorio
Ufficio Randagismo
e Benessere degli Animali
randagismo@pec.comune.mesagne.br.it

IDENTIFICAZIONE del CANE

nr. Microchip: _____

nome de cane _____ razza _____ sesso _____

taglia _____ colore mantello _____

presente al nr. _____ della graduatoria.

DATI PROPRIETARIO

Sig./ra _____

nota/a a _____ il _____ e residente a _____

Prov. _____ Via/Piazza _____ civ. _____

telefono/cell. _____ e.mail _____

C.F. _____

ATTESTAZIONE DA PARTE DEL MEDICO VETERINARIO

Il Sottoscritto Dr. _____

Medico Veterinario iscritto all'albo provinciale di _____ con n° _____

CERTIFICA

- di aver eseguito l'intervento di:
OVARIECTOMIA OVARIOISTERECTOMIA ORCHIECTOMIA
- di non aver potuto eseguire l'intervento per il seguente motivo :

data e luogo _____

il Medico Veterinario

il Proprietario

firma e timbro