

Allegato B – SCHEDA di INTERVENTO e IDENTIFICAZIONE

SPUNTARE LA CASELLA



CANE

GATTO

Al Comune di Oria
Settore VI –
Ufficio Randagismo
e Benessere degli Animali

IDENTIFICAZIONE

nr. Microchip: _____
nome dell'animale _____ 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 _____

Medico Veterinario

il Proprietario