



_____ COMUNE DI _____

_____ SERVIZIO VETERINARIO
ASUR AREA VASTA 1
() SEDE DI FANO TEL 0721868966 FAX 0721868965
() SEDE DI PESARO TEL 0721424403 FAX 0721424423
() SEDE DI URBINO TEL 0722301924 FAX 0722301918

DENUNCIA RITROVAMENTO GATTO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ residente _____

Via _____ tel. _____ n° doc. identità _____

1- DICHIARA

di aver rinvenuto in località _____

Comune di _____ il gatto avente le seguenti caratteristiche :

sexo _____ razza _____ mantello _____

età presunta _____ segni particolari _____

circostanze del ritrovamento _____

NOTE SANITARIE _____

MICROCHIP n. _____

2- DICHIARA

CHE IL SUDDETTO ANIMALE NON E' DI SUA PROPRIETA' E DI NON POTER FORNIRE NOTIZIE UTILI AD IDENTIFICARNE IL LEGITTIMO PROPRIETARIO E/O DETENTORE.

3- CHIEDE

a- () che il gatto venga affidato alle strutture competenti nei casi previsti dalla normativa.

b- () In qualità di responsabile del ritrovamento, di poter :

() custodire il gatto di proprietà del Comune _____

() adottare il gatto acquisendone la proprietà

comunicando al Servizio Veterinario della Area Vasta 1 ogni variazione riguardante la custodia del gatto.

n.b : Atto di notorietà dichiarazioni mendaci

_____ li _____

Firma leggibile

Per ricevuta (Servizio Veterinario) data ____/____/____