COMUNICAZIONE STERILIZZAZIONE/CASTRAZIONE CANE CON CONTRIBUTO REGIONALE
MODELLO PER MEDICI VETERINARI

AL **COMUNE DI PADULA**
protocollo.padula@asmepec.it

Il sottoscritto Medico Veterinario libero professionista

	N.	Ordine
Nominativo del Medico Veterinario	**Numero e Ordine di Appartenenza**	
	Via	Città
Denominazione Struttura	**Indirizzo Struttura**	

Codice Fiscale	**Partita IVA**	**Recapito Telefonico**
Indirizzo Posta Elettronica Ordinaria		**Indirizzo Posta Elettronica Certificata**

DICHIARA

☐	**DI AVER VERIFICATO** la presenza del microchip e la registrazione in anagrafe canina del cane: **NUMERO MICROCHIP**: _____ DATI PROPRIETARIO: • **NOME** _____ • **COGNOME** _____ • **C.F.:** _____
☐	**DI AVER EFFETTUATO** l'intervento di sterilizzazione/castrazione in data _____/_____/_____;
☐	**DI AVER REGISTRATO** l'intervento in BDU in data _____/_____/_____;
	o in alternativa
☐	**DI NON AVER EFFETTUATO** di sterilizzazione/castrazione a causa di controindicazioni in relazione allo stato di salute del cane rilevate al momento dell'esame obiettivo generale o all'indagine anamnestica

Data _____

Il Medico Veterinario

_____