

SANITA' ANIMALE – Distretto _____ Presidio _____
Indirizzo _____
Tel _____ fax _____

Prot. n. _____ del _____

[Mod. 4]

RESTITUZIONE CANE DI PROPRIETA'

Il Medico Veterinario della Azienda ASL di Frosinone

A seguito di accalappiamento del cane avvenuto il _____
ricoverato presso il Canile Sanitario _____

A seguito di richiesta di restituzione del cane da parte del proprietario Sig. _____
_____ nato a _____ il _____ e residente a
_____ in via _____ tel. _____ effettuata in
data _____ acquisita al protocollo d'ufficio al n. _____ del _____,

Visto il versamento effettuato con fattura n. _____ del _____ (acquisita)

Vista la dichiarazione dell'interessato con la quale si impegna al pagamento entro 30 gg. pena il recupero da parte della ASL a termine di Legge, della quale fattispecie lo stesso è stato reso edotto;

- **Vista la L.R. n. 34 del 21/10/1997;**
- **Visto l'art. 16 comma 5 e 6;**
- **Espletati i controlli sanitari;**

RILASCIA N.O. alla restituzione del cane

Razza _____ sesso M F Taglia P M G Colore _____

Nome _____ Microchip _____

Il Medico Veterinario
ASL FROSINONE

In data _____ il cane _____ visitato dal Dr. _____, all'esame clinico non presenta sintomi riferibili a malattie infettive e diffuse. Eventuali trattamenti terapeutici sanitari NON differibili: _____ _____	Ritirato in data _____ alle ore _____ dal/dalla Sig./Sig.ra _____ Firma
Il Medico Veterinario	

[cani,canili...randagismo)\Protocollo Operativo 2017\modulistica\scheda restituzione cane di proprietà mod. 4](2)