

Al Responsabile S.S.O.
Sanità Animale
Distretto _____
ASL FROSINONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente/domiciliato a _____ via _____

Tel. _____

A seguito dell'accalappiamento del proprio cane avvenuto il _____

Vista la L.R. n. 34/97

Visto l'art. 16 comma 5 e 6

CHIEDE LA RESTITUZIONE del CANE

RAZZA _____

Sesso M F

Taglia P M G

Colore _____

Microchip _____

Nome _____

Ricoverato presso il Canile _____

Consegna copia della fattura di avvenuto pagamento n. _____ effettuata presso il Recup ASL.

Il sottoscritto si impegna ad effettuare il versamento previsto entro 30 gg. dalla data della presente richiesta.

Lo stesso dichiara di essere stato reso edotto che il mancato pagamento entro il termine fissato comporterà il recupero, a termine di legge, da parte della ASL della somma dovuta .

Lì _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE