



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

Prot. n. _____ del _____

[Mod. 8]

Al Sig. Sindaco del Comune di

e, p.c.

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

Oggetto: Certificato di decesso

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di Medico
Veterinario appartenente all'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone

CERTIFICA

Il decesso del cane

RAZZA _____

Sesso M F

Taglia P M G

Mantello _____

Microchip _____

Avvenuto in data _____

A causa di _____

Meno di un mese

Meno di tre mesi

Entrato in gravi condizioni

Entrato da meno di 10 gg

Presente già nel canile

Il Medico Veterinario

leggibile