



COMUNE DI TARANTO

AMBIENTE

MODULO IDENTIFICAZIONE CANE PADRONALE DA STERILIZZARE

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

Prov. _____ Via/Piazza _____

n° _____ telefono/cell. _____ e-mail _____

C.F. _____ proprietario/a del cane identificato
come segue:

Nr di microchip _____

Sesso:

- M
- F

Razza:

- Meticcio
- Razza

Taglia del Cane:

- Nana (meno di 5Kg)
- Piccola (tra 5 kg e 15kg)
- Media (tra 15 kg e 30 kg)
- Grande (superiore a 30 kg)

Medico Veterinario: _____

Data intervento _____

Il Proprietario deve:

- contattare il medico veterinario scelto dall'Amministrazione e fissare la data dell'intervento
- provvedere ai trasferimenti del proprio animale da e verso lo studio veterinario
- farsi carico delle cure e terapie post-operatorie, ivi compresi eventuali interventi che si rendessero necessari in seguito all'intervento di sterilizzazione per complicazioni non legate alla pratica chirurgica ma ad incuria e negligenza del proprietario

Non è previsto il post ricovero

Il veterinario deve:

- Verificare mediante lettura del Microchip che si tratti dell'esemplare indicato dall'Amministrazione per la sterilizzazione
- Verificare lo stato di salute dell'animale da sterilizzare
- Effettuare sotto la propria responsabilità tutti gli atti preparatori all'intervento di sterilizzazione

Proprietario

Veterinario

*il documento è firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.