

UFFICIO RANDAGISMO Modello "A" ai sensi dell'art.8 della L.R.15/2000.

AL SERVIZIO VETERINARIO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI
DISTRETTO SANITARIO DI MAZARA DEL VALLO

Il sottoscritto

COGNOME:	NOME:
NATO/A A:	IL:
RESIDENTE IN	VIA:
DOCUMENTO:	NUMERO:
RILASCIATO IN DATA:	DA:
TELEFONO:	COD.FISCALE:

In qualità di proprietario/detentore del cane sotto specificato, a conoscenza del disposto dell'art.76 del DPR 28 Dicembre 2000 nr.445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

COMUNICA

Che il cane:

Con trasponder n.	Nome:
Razza:	Sesso
Data di nascita:	Mantello:
Pelo:	Categoria:
Identificato il:	Dal Dott:

E' stato ceduto a:

Cognome:	Nome:
Nato/a:	Il:
Residente in:	Via/Piazza:
Documento:	Numero:
Rilasciato in data:	Da:
Telefono:	Cod.Fiscale:

- **E' detenuto nella nuova residenza di** _____
Via _____ **nr.** _____ **Comune di** _____
Prov. _____ **C.A.P.** _____

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della Legge 675/96, ed esprime consenso al trattamento dei dati personali da parte del Comune di Mazara del Vallo e dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani Anche con strumenti informatici,esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Firma uovo proprietario _____

Allegare: Documento di riconoscimento e Codice Fiscale

SPAZIO RISERVATO ALL'AUTORITA' SANITARIA

Acquisito _____ in _____ data _____
L'Incaricato _____
Protocollo n° _____