



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**Allegato n. 17: Domanda per accedere ai contributi per la sterilizzazione di cagne di proprietà**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

proprietario della cagna \_\_\_\_\_ n. di microchip \_\_\_\_\_

chiede il contributo per l'intervento di sterilizzazione, disposto con bando n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

a tale scopo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali, previste dagli articoli 75 e 76 del DPR n.445/2000, in caso di false attestazioni o dichiarazioni

**DICHIARA**

che la cagna soggetta all'intervento:

- o è di razza \_\_\_\_\_ e pesa \_\_\_\_\_ kg.;
- o convive/non convive con cani maschi;
- o è detenuta al seguente indirizzo \_\_\_\_\_ in  
ambiente  urbano  rurale

\*\*\*\*\*

**Spazio per il responsabile di procedimento del Comune**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dipendente del Comune con la qualifica di \_\_\_\_\_, in qualità di responsabile di procedimento del Comune per la lotta al randagismo (Provv. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_), visti gli atti ed accertata l'identità del richiedente, autorizza il pagamento del contributo, fino ad un massimo di euro \_\_\_\_\_,00, per la sterilizzazione del cane indicato nella presente domanda.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firmato

\*\*\*\*\*

**Spazio per la struttura veterinaria (ambulatorio, clinica ecc.)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Ordine dei Medici Veterinari di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in qualità di (socio/direttore sanitario) della struttura \_\_\_\_\_, certifica di aver sottoposto ad intervento di ovariectomia/ovarioisterectomia la cagna identificata nel presente documento in data \_\_\_\_\_.\*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile

**\* trasmettere entro 24 ore dall'intervento ai responsabili di procedimento di Comune e ASL**

Recapiti dei responsabili di procedimento:	
Comune: Tel. _____ Fax _____ email _____	
Serv. Veterinario della ASL (Dr. _____): Tel. _____ Fax _____	
_____ email _____	