

MODULO RICHIESTA STERILIZZAZIONE CANI

Il sottoscritto _____

Nato a _____ Prov ____ il _____

Residente a _____

Via _____

Tel/ cell _____ mail _____

Chiede il contributo per la sterilizzazione del/i cane/i secondo il seguente ordine:

1- Cane razza _____ Sesso _____

Nome _____

Età _____ Microchip numero _____

Taglia e peso _____

2- Cane razza _____ Sesso _____

Nome _____

Età _____ Microchip numero _____

Taglia e peso _____

Dichiaro di aver già beneficiato del contributo del bando regionale per la sterilizzazione del seguente cane _____ erogato in data _____ dall'associazione _____

Dichiaro di non aver già beneficiato del contributo del bando regionale.

Dichiaro di voler eventualmente procedere alla sterilizzazione presso lo studio veterinario:

Dottoressa Colleo Maria Maddalena Via Cesare Battisti, 34 -Macomer

Dottoressa Puddu Giulia viale San Giacomo,1 -Sedilo

Firma _____

Data _____

