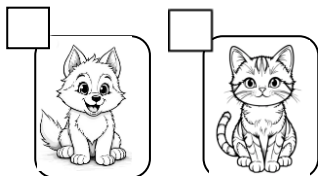


**SPUNTARE LA CASELLA**



DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO

Al Comune di Mesagne  
**AREA II – CULTURA e TURISMO**  
Ufficio Randagismo  
e Benessere degli Animali  
[randagismo@pec.comune.mesagne.br.it](mailto:randagismo@pec.comune.mesagne.br.it)

**IDENTIFICAZIONE**

nr. Microchip: \_\_\_\_\_

nome dell'animale \_\_\_\_\_ razza \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_

taglia \_\_\_\_\_ colore mantello \_\_\_\_\_

presente al nr. \_\_\_\_\_ della graduatoria.

**DATI PROPRIETARIO**

Sig./ra \_\_\_\_\_

nota/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ civ. \_\_\_\_\_

telefono/cell. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**ATTESTAZIONE DA PARTE DEL MEDICO VETERINARIO**

Il Sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

Medico Veterinario iscritto all'albo provinciale di \_\_\_\_\_ con n° \_\_\_\_\_

**CERTIFICA**

- di aver eseguito l'intervento di:

OVARIECTOMIA  OVARIOISTERECTOMIA  ORCHIECTOMIA

- di non aver potuto eseguire l'intervento per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

data e luogo \_\_\_\_\_

*il* Medico Veterinario

*il* Proprietario