



**COMUNE DI SAN MAURO PASCOLI**

**Provincia di Forlì – Cesena**

**Settore Amministrativo – Ufficio URP**

**RICHIESTA DI STERILIZZAZIONE CHIRURGICA E CONTESTUALE DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.p.r. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_ Doc. identità \_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

**CHIEDO**

- Sterilizzazione chirurgica

dell'animale di specie felina sesso F M Età \_\_\_\_\_

Colore mantello:      Bianco      Bicolore      Blu      Crema      Fulvo  
                                 Grigio      Maculato      Marrone      Nero      Rosso  
                                 Tartarugato      Tigrato      Tipo Siamese      Tricolore

Macchie:                      bianche      grigie      marroni      nere      fulve

e a tal fine **CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000  
PER LE IPOTESI DI FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI IVI INDICATE**

**DICHIARO**

Di essere referente della colonia felina ubicata in San Mauro Pascoli Via \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza

- che le prestazioni rese presso gli ambulatori veterinari convenzionati sono riservate esclusivamente ai gatti privi di proprietario;
- che per la corretta identificazione dei gatti randagi verrà eseguito il taglio della punta della pinna del padiglione auricolare non oltre i 7 mm dall'estremità della pinna stessa subito dopo la sterilizzazione chirurgica con il soggetto in anestesia profonda come da nota ministero della salute 766-P-17/01/2012;
- che il gatto sterilizzato verrà identificato mediante microchip.

San Mauro Pascoli, li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_