

## **RICHIESTA CURE MEDICHE GATTO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 2 della Legge Regionale 7 aprile 2000 n.27

- **SEGNALA GATTO INCIDENTATO**
- **SEGNALA GATTO AMMALATO**

Dichiara che *l'animale / gli animali non risulta/risultano* di proprietà di alcuno e che *vive/vivono* in libertà in zona \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### **Descrizione del gatto (\*):**

razza \_\_\_\_\_ età presunta \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_ mantello \_\_\_\_\_

San Mauro Pascoli, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

(\* ) da compilare sono in caso di segnalazione di un solo esemplare