



Oggetto: Richiesta di intervento medico-veterinario a tutela di animali d'affezione e prevenzione del randagismo

Il/La Sottoscritto/a _____
residente a _____ (____) Via _____
in qualità di _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che il **GATTO** di **RAZZA** _____ **SESSO** _____ **ETA'** _____

MANTELLO _____ **MICROCHIP** _____

Rientra nelle fattispecie di cui art. 2 della Legge 281/91 – Legge Reg. 30 Dicembre 2009 n.33 RR 02 07/04/2017 trattandosi di:

GATTO CHE VIVE IN LIBERTA' nella Colonia Felina del

Comune di _____ **(____) Via** _____

Persona referente _____ Tel. _____

A tal fine il sottoscritto/a **dichiara di essere informato/a** dei fattori di rischio, delle possibili complicazioni correlate all'esecuzione dell'intervento richiesto e che i **gatti non sono sottoposti ad accertamenti diagnostici pre-operatori** e fin da ora si impegna a fornire al suddetto animale le opportune cure secondo le indicazioni dei Medici Veterinari operanti presso gli Ambulatori del D.V.S.A ATS Pavia che autorizzo ad intervenire clinicamente e chirurgicamente.

Sono a conoscenza che al gatto verrà inserito apposito microchip per ulteriore eventuale identificazione e che il nominativo del referente della colonia sarà inserito in ACR in qualità di DETENTORE dell'animale.

Luogo _____ **Data** _____ **Firma** _____

**SEZIONE RISERVATA AI MEDICI VETERINARI ATS Pavia
SCHEDE CLINICA CHIRURGICA-GATTI**

Medici Veterinari

Gatto: M F **Mantello** **Età presunta**

Visita clinica-Stato Generale

Eventuali

Praticato intervento di : OVARIECTOMIA OVAIOISTERECTOMIA ORCHIECTOMIA
(sbarrare l'intervento effettuato)

Stato generale buono sufficiente

Orario fine intervento:

Prescrizioni

Orario consegna

Persona a cui viene consegnato

Luogo _____ **Data** _____ **Firme** _____