



COMUNE DI PARMA

Polo Integrato degli Animali d'Affezione

"Lilly e il Vagabondo"

RICHIESTA DI VALUTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ documento di riconoscimento in corso di validità _____ n _____ residente a _____ via _____ recapito telefonico _____
In qualità di REFERENTE della colonia n° _____

RICHIEDE

ai Medici Veterinari del Polo Integrato Animali d'Affezione di poter ricevere una valutazione sanitaria, autorizzando la Direzione Sanitaria al trattamento clinico del GATTO di sesso M F età _____ mantello _____ microchip n° _____ per la risoluzione della patologia _____, per la sterilizzazione ed per l'inserimento del microchip di riconoscimento, se non presente.

A TAL FINE DICHIARA

- che l'animale appartiene con certezza alla categoria di **gatti ad habitat libero**, non rientrando quindi tra gli animali di proprietà;
- di rispettare l'orario di riconsegna dell'animale, gli appuntamenti di controllo previsti e la somministrazione delle eventuali terapie impostate al domicilio;
- Di essere a conoscenza delle conseguenze previste per il rilascio di dichiarazioni non corrispondenti a verità.

Firma _____

Dati richiesti ai sensi del GDPR 2018 – ex Regolamento UE n. 679/2016 -.

Firma _____

Il Direttore Sanitario, alla luce delle necessità di cura del soggetto e sancito il livello di rischio dell'intervento, considerato _____

accetta non accetta la richiesta.

Data:

Il Direttore Sanitario