

Spett.le
 Comune di Santa Giusta
 Servizio Vigilanza
 Via Garibaldi n. 84
 09096 – Santa Giusta (OR)

MODULO DI RICHIESTA APPOSIZIONE MICROCHIP IDENTIFICATIVO

IL SOTTOSCRITTO			
Cognome:		Nome:	
Data di nascita:	Luogo di Nascita:		Provincia:
Codice Fiscale:			
Comune di Residenza:			Provincia:
Indirizzo:		N.	C.A.P.:
Telefono:	Cellulare:	e-mail:	

CHIEDE

la registrazione e l'applicazione del microchip da parte del Servizio Veterinario della ASL n. 5 di Oristano, dei seguenti cani:

1	Nome:		Data di nascita:	
	Sesso:		Razza:	
	Taglia:		Pelo:	
	Colore:		Segni particolari:	
	Luogo in cui si trovano i cani:		Nel Comune di:	
	SPAZIO RISERVATO ALLA A.S.L. N. 5 DI ORISTANO			
	Matricola:		Data di applicazione:	
2	Nome:		Data di nascita:	
	Sesso:		Razza:	
	Taglia:		Pelo:	
	Colore:		Segni particolari:	
	Luogo in cui si trovano i cani:		Nel Comune di:	
	SPAZIO RISERVATO ALLA A.S.L. N. 5 DI ORISTANO			
	Matricola:		Data di applicazione:	
3	Nome:		Data di nascita:	
	Sesso:		Razza:	
	Taglia:		Pelo:	
	Colore:		Segni particolari:	
	Luogo in cui si trovano i cani:		Nel Comune di:	
	SPAZIO RISERVATO ALLA A.S.L. N. 5 DI ORISTANO			
	Matricola:		Data di applicazione:	

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali e di quelli del proprio animale in un archivio telematico, in conformità Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Santa Giusta, _____

Il proprietario detentore
