

---

**MODULO RICHIESTA MICROCHIP LL.PP. – Dirigenti Veterinaria ASSL**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

titolare della struttura veterinaria n° \_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari n° \_\_\_\_\_

dirigente Veterinario dipendente dell'ATS Sardegna - ASSL di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la consegna di n° \_\_\_\_\_ scatole di microchip.

Data della richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

---

Da compilarsi a cura della SSD Anagrafe canina e randagismo

Numero scatola	scadenza

---

Data del ritiro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma per ricevuta \_\_\_\_\_