

Spett. le  
ASL n°5  
Via Carducci 35  
09170 ORISTANO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Proprietario

Chiede il rilascio del Passaporto per animali da compagnia per un 1 \_\_\_\_\_ identificato  
con microchip n°

Li

in fede

Si allega ricevuta di versamento di € 6,30 sul ccp n. 60747748,

intestato a: Regione Autonoma della Sardegna, Entrate Varie

causale: "Regolamento CE 998/2003 – passaporto europeo per cani, gatti, furetti- corresponsione  
diritti Regione Sardegna – EC 362.008 C.d.R. 00. 12.01.00"

# Documento Identificazione Animale d'affezione

## Dati segnaletici

Microchip N.: 111111111111111111

Nome: Gatto

Razza: Micio

Sesso: M

Data nascita: 01/01/2000

Taglia: 1000

Categoria: gatto

Mantello: grigio

Prec. identificazione: -

-----

Foto

-----

## Dati proprietario

Nome: Mario

Data nascita: 01/01/2000

Luogo nascita: -

Residente in: -

via: via Roma

Tel. 0111 111111

Cod. fiscale: 111111111111111111

Luogo detenzione: via Roma

via: via Roma

## Riservato all'Azienda Sanitaria

Data appl. microchip: 01/01/2000

**ASL 5 ORISTANO - DISTRETTO DI ORISTANO**

Medico Veterinario:

Iscritto all'ordine medici veterinari

n. -

Data rilascio: 01/01/2000

Timbro e firma del veterinario

\_\_\_\_\_

## Dati segnaletici

Microchip N.: 111111111111111111

Nome: Gatto

Razza: Micio

Sesso: M

Data nascita: 01/01/2000

Taglia: 1000

Categoria: gatto

Mantello: grigio

Tipo pelo: corto

Segni particolari: -

Prec. identificazione: \_\_\_\_\_

Luogo detenzione: via Roma

via: via Roma

-----

Foto

-----

## Dati proprietario

Nome: Mario

Data nascita: 01/01/2000

Luogo nascita: -

Residente in: -

via: via Roma

Tel. 0111 111111

Cod. fiscale: 111111111111111111

## Trasferimento di Proprieta'

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Luogo nascita: \_\_\_\_\_

Data nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Cod. fiscale: \_\_\_\_\_

## Riservato all'Azienda Sanitaria

Data appl. microchip: 01/01/2000

**ASL 5 ORISTANO - DISTRETTO DI ORISTANO**

Medico Veterinario:

Iscritto all'ordine medici veterinari

n. -

Data rilascio: 01/01/2000

## Trasferimento di Proprieta'

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Luogo nascita: \_\_\_\_\_

Data nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Cod. fiscale: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei propri dati e di quelli del proprio animale in archivio telematico, in conformita' al D.Lgs. 196/2003.

Documento di identita' e firma per ricevuta

Timbro e firma del Veterinario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_