



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Alla A.S.L. n. 5 ORISTANO
Servizio Igiene degli Allevamenti
e delle Produzioni Zootecniche
Via Carducci, 35
09170 ORISTANO

DENUNCIA DI MORTE DEL CANE

Il sottoscritto _____

C.F. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via/piazza _____ n. _____ Tel. _____

DICHIARA CHE in data _____ causa _____

è deceduto il cane del quale era proprietario/detentore.

I dati segnaletici dell'Animale sono i seguenti:

MICROCHIPS _____ data di applicazione _____

Tatuaggio e dove _____

Nome del cane _____ **Razza** _____

Sesso _____ **Data di nascita del cane** _____

Taglia: Gigante ☐ Grande ☐ Media ☐ Piccola ☐

Categoria: Assistenza ☐ Caccia ☐ Compagnia ☐ Difesa ☐ Guardia ☐ Soccorso ☐ Utilità ☐

Tipo pelo: Lungo ☐ Medio ☐ Corto ☐ Raso ☐ **Colore** _____

Segni particolari _____

Firma

Il proprietario / detentore dell'animale

Li _____

☐ **Allegato copia documento di identità persona**