


**DENUNCIA DI DECESSO / SMARRIMENTO DI CANE**

(Legge 14/08/1991 n.281, Legge regionale 28/12/1993 n.60)

 Al Servizio di Sanità Animale  
 Az. U.L.S.S. N°2 MARCA TREVIGIANA  
 DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO  
 fax **0438/664357**
**IL SOTTOSCRITTO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che il proprio cane di nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 sesso (barrare la casella che interessa)  M  F razza \_\_\_\_\_

taglia \_\_\_\_\_ colore del mantello \_\_\_\_\_ pelo \_\_\_\_\_

segni particolari \_\_\_\_\_

numero del tatuaggio o del microchip (allegare copia del certificato di iscrizione all'anagrafe canina) \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (barrare la voce che interessa)

 **E' STATO SMARRITO**
 **E' DECEDUTO**
 PER INCIDENTE

 PER VECCHIAIA

 PER MALATTIA

 PER EUTANASIA

 PER CAUSA IGNOTA

**IMPORTANTE:** IN CASO DI DICHIARAZIONE DI DECESSO, QUALORA FOSSE STATO EMESSO UN PASSAPORTO, LO STESSO DOVRA' ESSERE RICONSEGNA TO CONTESTUALMENTE ALLA DICHIARAZIONE

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL SERVIZIO VETERINARIO**

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro per ricevuta dell'Ufficio \_\_\_\_\_