



Mod. F

## USCITA cane per ADOZIONE

Follonica \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Scheda nr. \_\_\_\_\_

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

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

Documento riconoscimento:  Carta Identità,  Patente,  Passaporto N° \_\_\_\_\_

rilasciato dal \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Adottante dell'animale sotto descritto, si impegna a mantenere lo stesso in buone condizioni presso:

la propria residenza

al seguente domicilio: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in abitazione:  di **proprietà**,  in **affitto** (per la quale è in possesso del nulla osta alla detenzione di animali d'affezione rilasciato dal proprietario dell'abitazione medesima)

### DATI IDENTIFICATIVI DEL CANE

Tatuaggio o Microchip n° \_\_\_\_\_

Razza: \_\_\_\_\_

Taglia:  grande;  media;  piccola;  cucciolo

Sesso:  MASCHIO  FEMMINA

Età: \_\_\_\_\_

Colore mantello: \_\_\_\_\_

Segni particolari: \_\_\_\_\_

*I dati personali verranno trattati e protetti in ottemperanza al D.Lgs 30/06/2003 n. 196. Il sottoscritto acconsente al trattamento dei suoi dati personali nella misura e con le modalità necessarie allo svolgimento delle pratiche previste dalle vigenti normative in materia di anagrafe del cane, di tutela di animali d'affezione e di prevenzione al randagismo, nonché connesse ad obblighi di legge.*

*Il sottoscritto si assume la responsabilità della cura e custodia del cane identificato nel presente modulo. Tale modulo verrà inviato all'ASL per procedere alla variazione dell'anagrafe canina.*

chiedo di poter usufruire dei benefici sanitari ed economici per aver adottato un cane del canile e mi impegno a presentare la **Dichiarazione ISEE** agli uffici del Comune di Follonica

chiedo di poter usufruire dei benefici sanitari per aver adottato un cane del canile che necessita di cicli di cure periodici (es. cani con **leishmania** o **filaria**)

Firma Operatore "Rifugio del Cane"

Firma dell'affidatario (leggibile)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_