



Mod. G USCITA cane per restituzione PROPRIETARIO

Follonica ___ / ___ / _____

Scheda nr. _____

Il sottoscritto _____
residente nel Comune di _____ Prov. (____) CAP _____
Via/Piazza _____ n° _____
recapito telefonico _____
Documento riconoscimento: Carta Identità, Patente, Passaporto N° _____
rilasciato dal _____ il _____ Scadenza _____
Codice Fiscale: _____

In qualità di

- PROPRIETARIO (allegare fotocopia della documentazione attestante la proprietà del cane)
 DELEGATO al ritiro in qualità di (indicare il grado di parentela) _____

Dati anagrafici del PROPRIETARIO del cane

Cognome _____ *Nome* _____
residente nel Comune di _____ *Prov. (____) CAP* _____
Via/Piazza _____ *n°* _____
recapito telefonico _____
Documento riconoscimento: *Carta Identità*, *Patente*, *Passaporto* N° _____
rilasciato dal _____ *il* _____ *Scadenza* _____
Codice Fiscale: _____

DICHIARO di RIPRENDERE il cane sotto descritto, ospitato presso il Rifugio del Cane

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.

Firma Operatore "Rifugio del Cane"

Il dichiarante (leggibile)

In caso il proprietario non abbia documentazione attestante la proprietà, si allega FOTO del cane



Io sottoscritto _____

dichiaro di prendere atto che il cane è rimasto in Canile dal giorno ___ / ___ / 20___ alla data odierna ___ / ___ / 20___ e di essere stato informato di dover provvedere al rimborso spese costituito da:

RIMBORSO SPESE

- intervento di cattura (da € 78,00 a € 96,00) € _____
- intervento del veterinario alla cattura (da € ... a € ...) ... € _____
- cure sanitarie (specificare quali):
- _____ € _____
- _____ € _____
- _____ € _____
- _____ € _____
- soggiorno in canile dal ___ / ___ / 20___ al ___ / ___ / 20___ pari a _____ giorni per un importo di € 4,00 al giorno (minimo 3 gg.) € _____
- altro (_____) € _____
- _____) € _____

per un totale di € _____

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza di dover sottostare ad eventuali Sanzioni erogate dal Comando di Polizia Municipale o dall'Autorità Sanitaria

- sanzione per mancata custodia € _____
- sanzione per assenza di microchip o tatuaggio illeggibile ... € _____
- sanzione per mancata denuncia di smarrimento € _____

Il dichiarante (leggibile)
