

Modulo per segnalazione di scomparsa, cambio di domicilio, cambio di proprietà e di morte.

UFFICIO RANDAGISMO Modello "A" ai sensi dell'art.8 della L.R.15/2000.

**AL SERVIZIO VETERINARIO  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI  
DISTRETTO SANITARIO DI MAZARA DEL VALLO**

**Il/la sottoscritt** \_\_\_\_\_

COGNOME:	NOME:
NATO/A A:	IL:
RESIDENTE IN:	VIA:
DOCUMENTO:	NUMERO:
RILASCIATO IN DATA:	DA:
TELEFONO:	COD.FISCALE:

In qualità di proprietario/detentore del cane sotto specificato, a conoscenza del disposto dell'art.76 del DPR 28 Dicembre 2000 nr.445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

**COMUNICA**

**Che il cane:**

Con trasponder n.	Nome:
Razza:	Sesso
Data di nascita:	Mantello:
Pelo:	Categoria:
Identificato il:	Dal Dott:

Gli è stato ceduto da: \_\_\_\_\_ ; --E' stato ceduto a: \_\_\_\_\_

Cognome:	Nome:
Nato/a:	IL:
Residente in:	Via/Piazza:
Documento:	Numero:
Rilasciato in data:	Da:
Telefono:	Cod.Fiscale:

- E' deceduto in data \_\_\_\_\_ pertanto allega il certificato di morte rilasciato dal Medico Veterinario Dott. \_\_\_\_\_ (L.R.n.15/2000,art.8,comma1 lett."C");
- E' scomparso in data \_\_\_\_\_ (L.R. n.15/2000,art.8 comma1 lett."D")pertanto allega: denuncia di Furto e/o allontanamento e/o Autocertificazione.
- E' detenuto nella nuova residenza di Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della Legge 675/96, ed esprime consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_

Anche con strumenti informatici,esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma nuovo proprietario \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'AUTORITA' SANITARIA**

Acquisito _____ in _____ data _____ L'Incaricato _____ Protocollo n° _____
--