

Il/la sottoscritto/a, nat... a il/...../..... e residente in
Roma/Fiumicino, via/piazza n°..... tel. ,
comunica di occuparsi, in qualità di referente, della colonia felina che staziona in
..... (indicare indirizzo)
e-mail.....

La colonia è composta da n°..... gatti **liberi non di proprietà**

n° femmine di cui già sterilizzate

n° maschi di cui già sterilizzati

n° cuccioli (sotto i 6 mesi)

Il/la sottoscritto/a si impegna a far sterilizzare i gatti:

a) c/o il Canile Sovrazonale o altre sedi della ASL Roma 3 (sterilizzazione gratuita)

oppure

b) privatamente presso l'ambulatorio del dott..... comunicando gli interventi.

Inoltre, comunicherà alla UOC SAIAPZ (fax 0656485870 o e-mail sanita.igieneveterinaria@aslroma3.it) le variazioni relative alla colonia:

- 1) nuove nascite (data e numero soggetti);
- 2) decessi (se possibile con consegna degli animali morti c/o il Canile Sovrazonale via della Magliana 856h);
- 3) nuovi ingressi (data, numero, sesso);
- 4) report semestrale delle avvenute sterilizzazioni (n° soggetti, sesso, data) da inviare via mail o fax;
- 5) eventuali variazioni indirizzo e/o recapiti telefonici del referente;
- 6) cambio di referente con dichiarazione scritta di cessazione e accettazione da parte del nuovo referente.

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che la UOC SAIAPZ non effettua le catture e fornisce gratuitamente le prestazioni chirurgiche e cliniche per i gatti componenti la colonia c/o il Canile Sovrazonale e c/o l'ambulatorio di via Antonio Forni 39, e che i soggetti sterilizzati saranno identificati mediante asportazione intraoperatoria della punta dell'orecchio destro.

Della colonia si occupa anche il/la sig..... tel.....

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati forniti ai sensi del d.lgs. 196/2003 ed è a conoscenza che la competente **UOC SAIAPZ potrà effettuare sopralluoghi senza preavviso volti alla verifica della esistenza della colonia, del numero dei componenti, delle avvenute sterilizzazioni, della situazione igienico sanitaria.**

Per appuntamenti sterilizzazioni chiamare il n° 0656483651

Documento rilasciato da il/...../.....

Data/...../.....

Firma

SPAZIO RISERVATO ALLA UOC SAIAPZ

Registrazione data/...../.....

Sopralluogo effettuato il/...../..... da

- Copia per Canile Sovrazonale
 Copia per via A. Forni