Azienda Sanitaria delle Zone
Senese, Alta Val d'Elsa, Val di Chiana, Amiata Senese
Dipartimento della Prevenzione
U.F. SANITA' PUBBLICA VETERINARIA- Zona Val di Chiana
Via O. Maestrio n. 1 – 53049 Torrita di Siena – tel 0577 535472 – 535483 – fax 0577 685117

ALL'AZIENDA U.S.L. DI SIENA
U.F. SANITA' PUBBLICA VETERINARIA- Zona Val di Chiana
e-mail: veterinariavdc@usl7.toscana.it

ANAGRAFE CANINA – VARIAZIONI DI STATO (Art. 7 L.R. 08/04/1985 n° 43 e seguenti)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ___/___/___ residente a _____ via _____ n° _____
tel. _____ quale proprietario del cane di razza _____
mantello _____ sesso _____ età _____ nome _____
tatuaggio |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| tat. ENCI _____
microchip |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazione falsa o incompleta, essendo informato delle conseguenze relative alle dichiarazioni mendaci rese a Pubblico Ufficiale ai sensi del D.P.R. 445/2000, e consapevole che i dati personali saranno trattati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 (codice in materia di dati personali),

DICHIARA che il suddetto cane:

☐ E' scomparso in loc. _____
nel comune di _____ il giorno ___/___/___

☐ E' morto il giorno ___/___/___

☐ E' stato acquistato in data ___/___/___ dal Sig. _____

☐ E' stato ceduto in data ___/___/___ al Sig. _____ nuovo responsabile
nato a _____ il ___/___/___ residente in via _____
nel comune di _____ tel. _____/_____

☐ E' stato trasferito in data ___/___/___
nella nuova residenza del__ sottoscritt__ posta nel Comune di _____
via _____ n° _____ tel. _____/_____

CHIEDE che il suddetto cane:

☐ venga iscritto all'Anagrafe Canina del Comune di _____
perché proveniente da fuori Regione Toscana. Si allega allo scopo Copia del Certificato di Iscrizione e tatuaggio del Comune di _____

data ____/____/_____ **firma del Dichiarante** _____

firma del NUOVO Responsabile _____
per accettazione

ATTENZIONE: è obbligatorio allegare **la copia del/i documento/i di identità** del/i dichiarante/i

spazio riservato all'Ufficio
Registrato in data _____ dall'operatore _____

N.B. Copia della dichiarazione in oggetto deve pervenire alla Sanità Pubblica Veterinaria **entro 3 giorni** in caso di smarrimento del cane ed **entro 15 giorni** in caso di morte, cessione o trasferimento di residenza.