

ATS della Città Metropolitana di Milano  
 Distretto Veterinario \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_  
 Comune di \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_

e p. c. Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

**Segnalazione della presenza di una colonia di gatti liberi.**

**Richiesta di sterilizzazione**

IL /La Sottoscritto/a

Nome Cognome

Indirizzo

Comune

Recapito Telefonico

Codice Fiscale

Mail


in qualità di


privato cittadino

operatore volontario di associazione riconosciuta

altro (specificare)

### SEGNALA

La colonia di gatti liberamente viventi presso il punto principale di offerta di cibo:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Gatti M.	Gatti F	Gatti sterilizzati

### CHIEDE

la sterilizzazione chirurgica dei gatti della colonia segnalata di cui ha la responsabilità della buona conduzione e controllo.

Con la presente, il sottoscritto/a si assume la responsabilità di indicare al competente Distretto veterinario correttamente e unicamente i gatti che godano dello status di libertà e di non proprietà.

### DICHIARA

Inoltre di essere:

disponibile al trasporto degli stessi presso il Canile sanitario/ambulatorio \_\_\_\_\_

non disponibile

disponibile alla degenza postoperatoria e alla successiva re-immissione in colonia dei gatti

non disponibile

di conferire esclusivamente gatti di colonia, in status di libertà, e non di proprietà.

**CONSENSO INFORMATO**

Dichiara di essere stato/a sufficientemente informato/a che gli animali conferiti per la sterilizzazione, prima della stessa, sono sottoposti a valutazione clinica dal medico veterinario sulla idoneità all'intervento, senza anamnesi nota e senza accertamenti di laboratorio.

Dichiara inoltre di essere stato/a sufficientemente informato/a sui rischi inerenti l'anestesia e l'intervento chirurgico, sebbene questi siano praticati con perizia, diligenza e prudenza, sollevando gli operatori da responsabilità derivanti da complicanze dovute a patologie pregresse o in corso.

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679 e D.Lgs. n.196/03 novellato dal D.Lgs. n.101/18, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

*Per il sopralluogo contattare:*

Cognome	
Nome	
Telefono/mail	

**allegare:**

- fotocopia documento in corso di validità e codice fiscale
- delega del legale rappresentante dell'associazione in caso di operatore volontario