

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