

DATI SEGNALETICI CANE**DATI PROPRIETARIO****RISERVATO ASSL****MICROCHIP N.**

Nome _____

Razza _____

Sesso _____

Data nascita dich. _____

*Taglia attuale o prevista*piccola media grande gigante

Categoria _____

Mantello _____

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

Data di nascita _____

Residente in _____

Via _____

Tel. _____

Cell. _____

C.F. _____

**ATSSardegna**
Azienda Tutela Salute
ASSL Sassari

Data applicazione microchip

Il Veterinario

Dott. _____

Timbro e firma del Veterinario

DATI SEGNALETICI CANE**DATI PROPRIETARIO****RISERVATO ASSL****MICROCHIP N.**

Nome _____

Razza _____

Sesso _____

Data nascita dich. _____

*Taglia attuale o prevista*piccola media grande gigante

Categoria _____

Mantello _____*Tipo pelo* _____

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

Data di nascita _____

Residente in _____

Via _____

Tel. _____

Cell. _____

C.F. _____

**ATSSardegna**
Azienda Tutela Salute
ASSL Sassari

Data applicazione microchip

Il Veterinario

Dott. _____

Timbro e firma del Veterinario

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei propri dati e di quelli del proprio animale in un archivio telematico, in conformità al d. Lgs. 196/03

Documento d'identità _____

Firma del proprietario
o del detentore _____