

**COMUNICAZIONE, DA PARTE DEL VETERINARIO, DI AVVELENAMENTO
DI SPECIE ANIMALE DOMESTICA O SELVATICA**

(da effettuarsi entro 24 ore dall'accertamento dell'avvelenamento)

Alla Azienda USL Umbria n. ____
Servizio di Sanità Animale
Distretto di _____

Il/la sottoscritto, Dr. _____,
nato/a a _____ Prov. _____, il ____/____/____/
e residente in _____ Prov. _____, in via _____ n. _____,
codice fiscale _____ Partita IVA _____, N. Telefono _____,
in qualità di Medico Veterinario

COMUNICA

di aver accertato in data _____, l'avvelenamento del:

SPECIE	IDENTIFICAZIONE	DIAGNOSI
CANE		
GATTO		
SELVATICO		

di proprietà, o rinvenuto dal Sig. _____, tel. _____,
in data _____, in Loc. _____ del Comune di _____ Prov.(____),
il quale dichiara che:

- la PRESUNTA LOCALITA' di avvelenamento è in Loc. _____
del Comune di _____ Prov.(_____);
- è PRESENTE NON E' PRESENTE ZONA DI DERATTIZZAZIONE.

NOTE: _____

Allega alla presente copia conforme di un documento di identità' in corso di validità (art. 38 D.P.R. N. 445/2000)

Timbro e firma

_____, lì _____

Ai sensi del D. L.vo 196/03 si informa che i dati dichiarati saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dei Servizi Veterinari, nei limiti stabiliti dalla Legge e dai Regolamenti e saranno forniti ad altri enti e/o soggetti pubblici e privati esclusivamente se previsto da Leggi e Regolamenti o su espresso consenso anche verbale dell'interessato

Per presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali Firma _____