

**Alla Convenzione per la Gestione della Funzione
Associata del Servizio di Polizia Locale
Pontevico-Alfianello-Milzano-S. Gervasio B.no**

**E p.c. Al Responsabile
Canile Sanitario di Brescia**

**E p.c. Al Direttore del Distretto
Medicina Veterinaria di Leno**

FAX 030/9078455

DOMANDA DI STERILIZZAZIONE DI COLONIA FELINA

Il sottoscritto _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____

In qualità di referente della colonia felina ubicata in _____

A TITOLO COMPLETAMENTE GRATUITO

L'intervento dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia per la sterilizzazione della

colonia felina ubicata in località _____

composta da n. _____ soggetti.

DICHIARO CHE GLI ANIMALI NON SONO DI PROPRIETA'

Gli animali saranno da me consegnati al Canile Sanitario di Brescia e ritirati dopo quattro giorni dall'intervento, senza bisogno di ulteriori cure.

Data _____

Firma
