

- Ufficio di Besana B.za tel. 0362.996252 fax 0362.996602; besana.sananim@ats-brianza.it
- Ufficio di Desio tel 0362.304822 fax 0362.304823; desio.sananim@ats-brianza.it
- Ufficio di Monza tel 039.2384614 fax 039.39412613; monza.sananim@ats-brianza.it
- Ufficio di Usmate tel 039.6288028 fax 039.6288037; usmate.sananim@ats-brianza.it



ACCOMPAGNATORIA STERILIZZAZIONE COLONIE FELINE

Io sottoscritto/a _____,
in qualità di volontario/a per la cattura di gatti di colonia ed appartenente
all'associazione _____,

DICHIARO

- o di avere portato in data _____ presso l'ambulatorio Veterinario dell'ATS della Brianza –
Ufficio di **Besana Brianza** **Usmate**
i sotto specificati gatti per essere sottoposti a sterilizzazione/castrazione:

TOTALE GATTI: _____ di cui			
maschi N°		femmine N°	
COLONIA SITUATA NEL COMUNE DI:			
VIA			
N. REGISTRAZIONE A.A.A.		N. REGISTRAZIONE ATS	

- o che i gatti portati appartengono alla colonia sopra indicata e non sono di proprietà.
- o di avere informato il/la Referente della colonia che le operazioni di sterilizzazione/castrazione svolte dai Veterinari dell'ATS - Brianza sono completamente a titolo gratuito come previsto dall'art. 112, comma 1, lettera e) della L.R. 33/09

Inoltre dichiaro sotto la mia responsabilità che le informazioni da me riportate nel presente atto rispondono a verità.

Firma volontario/a che ha catturato

Firma operatore ATS – Brianza che ha verificato la completezza dei dati registrati sulla scheda

ALLEGATO N.1 – IDENTIFICAZIONE DEI GATTI STERILIZZATI

Pagina 1 di 2

**DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
SERVIZIO SANITÀ ANIMALE**

- Ufficio di Besana B.za tel. 0362.996252 fax 0362.996602; besana.sananim@ats-brianza.it
- Ufficio di Desio tel 0362.304822 fax 0362.304823; desio.sananim@ats-brianza.it
- Ufficio di Monza tel 039.2384614 fax 039.39412613; monza.sananim@ats-brianza.it
- Ufficio di Usmate tel 039.6288028 fax 039.6288037; usmate.sananim@ats-brianza.it



N. REGISTRAZIONE COLONIA IN A.A.A.		N. REGISTRAZIONE ATS	
STERILIZZAZIONI EFFETTUATE IN DATA:			
VETERINARIO CHE HA EFFETTUATO L'INTERVENTO:		Dr.	

SESSO	COLORE MANTELLO	ETA' STIMATA	N. MICROCHIP

Timbro e firma Veterinario
