

Al Comune di Tivoli  
Piazza del Governo 1  
00019 Tivoli

Oggetto: Contributo sterilizzazione Cane.

Il /La sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via /piazza \_\_\_\_\_

c.fiscale \_\_\_\_\_ telefono (obbligatorio) \_\_\_\_\_

In qualità di proprietario di n. \_\_\_\_\_ cani \_\_\_\_\_ razza \_\_\_\_\_ taglia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_ iscritto/i all'anagrafe canina con n. \_\_\_\_\_

microchip \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ medico veterinario \_\_\_\_\_

**Chiede di poter usufruire del contributo per la sterilizzazione del cane/i di proprietà.**

Ai sensi del D.P.R 445/2000 dichiara:

☐ che il reddito complessivo del nucleo familiare relativo all'anno 2009 è di € \_\_\_\_\_  
( come da dichiarazione resa ai sensi del D.Lgs 109/98 e successive modifiche).

Che il reddito è derivante

☐ lavoro autonomo /dipendente

☐ da pensione minima sociale

☐ che è disoccupato

☐ che è inoccupato

☐ di essere in regola con il protocollo vaccinale;

S'impegna a versare presso lo studio veterinario privato, la somma di € \_\_\_\_\_ pari alla quota posta a proprio carico, per le procedure di sterilizzazione.

Dichiara inoltre di accettare e rispettare la data fissata per l'appuntamento. In caso contrario gli verrà addebitato l'intero costo della prestazione sanitaria .

Tivoli li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegati:

dichiarazione resa ai sensi del D.Lgs 109/98

Copia documento riconoscimento

ELENCO MEDICI VETERINARI LIBERI PROFESSIONISTI ADERENTI AL PROGETTO  
STERILIZZAZIONE.

Ass. Villa San Francesco Dr. Emanuele Ricci Via Tommaso Neri 12 – Tivoli Terme

D.ssa Daniela Ingrassia Via Lago di Lesi 12 - Villa Adriana

Dr. Fabrizio Pacelli Via Tiburio 94 - Tivoli

Dr. Paolo Tozzi Via Acquaregna 68 – Tivoli