

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 i 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 lì_____

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