



COMUNE DI PISA

Direzione Ambiente

U.O. Tutela Animali

PRENOTAZIONE INTERVENTI STERILIZZAZIONE GATTE APPERTENENTI
A COLONIE FELINE RICONOSCIUTE (ART. 34 L.R. 59/2009)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome _____
nome _____
nato/a a _____
il _____
residente a _____
indirizzo _____
telefono _____

campi obbligatori da compilare in stampatello maiuscolo

referente ufficiale della colonia felina ubicata in _____

- comunicato l'aggiornamento del censimento della colonia per l'anno precedente;
- verificato il programma degli interventi di sterilizzazione del mese corrente;

DICHIARA

- che le gatte da sterilizzare non sono esemplari domestici, ma bensì vivono in libertà ed appartengono alla suddetta colonia;
- di essere consapevole che nel caso il competente ufficio USL accertasse il contrario, gli sarà revocato l'incarico di referente e deferito all'autorità giudiziaria per violazione dell'art. 640 C.P.;
- di essere anche consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti;
- di essere informato che le prenotazioni errate, incomplete, non sottoscritte, giunte illeggibili o con modalità diverse da quelle previste saranno scartate senza avviso;
- di essere altresì informato che, date le caratteristiche del servizio di posta elettronica, non è garantito il ricevimento delle richieste trasmesse a mezzo e-mail;
- di essere infine informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente prenotazione viene effettuata e solo per i fini istituzionali;

PRENOTA

i seguenti interventi di sterilizzazione:

- n. ____ gatte il giorno ____/____/____ alle ore ____:____

Pisa, ____/____/____

Firma
Il/La Richiedente