Modello 7 PO IUV 20 - *Adozione*

AL SIGNOR SINDACO
Del Comune di _____

OGGETTO: DICHIARAZIONE D'IMPEGNO PER ADOZIONE CANE DI PROPRIETA' DEL COMUNE

Il/La Sottoscritto/a_____
Nato/ a_____ il_____ residente a_____
Via _____n. _____C. F. _____
Tel. _____ Doc.Ric. _____rilasciato da _____
N. _____il _____.

CHIEDE L'ADOZIONE

del cane di proprietà del Comune, che risulta sprovvisto di proprietario, identificato come di seguito:

Microchip_____ Nome _____
Data di nascita _____ Sesso _____
Razza _____ Taglia _____
Mantello _____

DICHIARA

- che lo deterrà presso i propri locali siti in _____ Via _____
- che il cane adottato sarà trasferito a suo nome;

SI IMPEGNA

- **A tenerlo in buone condizioni di salute e di vita (secondo le vigenti normative);**
- **Di accudirlo, nel rispetto dei diritti degli animali come indicato dalla legge regionale n. 15 del 3 agosto 2022 e successive modifiche;**
- **Nel caso di cani ancora non sterilizzati in deroga alla normativa vigente, a consentire la sterilizzazione del cane in oggetto, nella data programmata dal competente Comune ed in ogni caso prima di un eventuale trasferimento di proprietà. L'adottante può effettuare la sterilizzazione, nei tempi indicati dal competente Comune, a proprie spese presso un veterinario privato di sua fiducia, con l'obbligo di presentare la certificazione medica al Comune e al Servizio Veterinario di competenza dell'avvenuta sterilizzazione per l'aggiornamento del SIRAAF (Sistema Informativo Regionale Animali d'Affezione).**
- **Di accettare il controllo dei funzionari del Comune attraverso telefonate o visite, sulle condizioni di vita del cane;**
- **A comunicare come previsto dalla legge, l'eventuale smarrimento, decesso e qualsiasi tipo di variazioni inerenti la detenzione del cane al Comune e al Servizio veterinario competente entro i termini previsti dalle norme vigenti.**

Con la presente si autorizza il trattamento dei propri dati in un archivio telematico in conformità al D. L.vo n. 196/2003;

Data_____ Firma Richiedente _____

Prot. N. _____ del _____ COMUNE DI _____

Vista l'istanza di cui sopra si esprime PARERE □ FAVOREVOLE

□ NON FAVOREVOLE per _____

Firma
Associazione Animalista Ufficio benessere animale

Data _____ _____ _____

Copia del presente atto sarà trasmessa, entro 30 giorni, al competente S.I.U.V. dell'ASP 3 per quanto di competenza.

RIFUGIO SANITARI/RICOVERO *

_____

Vista l'istanza di cui sopra si esprime PARERE □ FAVOREVOLE

□ NON FAVOREVOLE per _____

Firma
Timbro Responsabile del Rifugio

Data _____ _____

Copia del presente atto sarà trasmessa, entro 2 giorni al competente COMUNE e S.I.U.V. dell'ASP 3 per quanto di competenza.

*Da compilare solo nel caso di cani presenti presso un rifugio sanitario/ricovero

Registrazione effettuata in Banca Dati Regionale il _____

Firma Operatore SIUV
__