



**SPAZIO PER LA ASSL** (in caso di femmine non sterilizzate per motivi di età o di calendarizzazione delle attività)

Il proprietario potrà prendere appuntamento per l'esecuzione gratuita dell'intervento di sterilizzazione presso gli uffici del servizio veterinario di questa ASSL siti in \_\_\_\_\_ (indirizzo) oppure ai seguenti contatti: tel.

\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ a partire

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del Veterinario Ufficiale (timbro e firma leggibile) \_\_\_\_\_

**\*In caso di effettiva sussistenza di procedimenti penali in corso o precedenti penali, dovrà essere valutata attentamente caso per caso l'opportunità di concedere il cane in adozione, sulla base delle circostanze effettive e della tipologia del cane.**

DICHIARAZIONE DI CONSENSO  
(Ai sensi dell'art. 6 del GDPR UE 2016/679)

*Dichiarano, in merito alla presente istanza, di aver preso visione dell'informativa sulla privacy, messa a Disposizione dall' ufficio erogatore del servizio.*

Data..... Firma dichiaranti .....

.....