



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Comunicazione di cambio di domicilio o residenza del proprietario e/o del cane*

Al Servizio Veterinario I.A.P.Z. della ASL n. 2 di Olbia

Il/la sottoscritt _____ nat a _____ il _____

C.F. _____ indirizzo _____

tel. _____ e-mail _____

proprietario del cane contrassegnato dal numero di microchip _____

già registrato presso codesta ASL il _____, comunica il trasferimento di domicilio o residenza:

Comune _____ Provincia _____

Via e/o loc. _____ tel _____

A.S.L. n° _____ di _____ indirizzo _____

Comunica il trasferimento di residenza del cane contrassegnato dal numero di microchip _____

Comune _____ Provincia _____ via o loc. _____

La presente comunicazione è trasmessa mediante:

- fax: **0789/552101**
- e-mail : **s-veterinario-c@aslolbia.it**
- consegna a mano
- raccomandata a.r.

Data _____ Firma _____

* da trasmettere o consegnare **entro 30 giorni dalla variazione** al S.I.A.P.Z della ASL 2 di Olbia