



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**Notifica di morte \***

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

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

comunica la morte del cane contrassegnato dal numero di microchip \_\_\_\_\_

già registrato presso codesta ASL il \_\_\_\_\_, verificatosi in data \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_.

Causa della morte:  vecchiaia  malattia (specificare) \_\_\_\_\_

incidente stradale  altro \_\_\_\_\_

Alla presente notifica si allega copia del documento d'identità (tipo) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

La presente comunicazione è trasmessa mediante:

- fax **0789/552101**
- e-mail: **s-veterinario-c@aslolbia.it**
- consegna a mano (acquisire copia timbrata e datata per ricevuta)
- raccomandata con ricevuta di ritorno

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\* da trasmettere o consegnare **entro 15 giorni** dalla morte al Servizio Veterinario I.A.P.Z. della ASL n. 2 di Olbia