

Alla ASL N° 8  
Servizio Veterinario  
CAGLIARI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Il **decesso** del proprio cane di nome \_\_\_\_\_

Razza \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_

Microchip N° \_\_\_\_\_ Iscritto all'anagrafe di \_\_\_\_\_

Avvenuto in data \_\_\_\_\_

Causa:  Naturale  Incidente  Malattia  Soppressione

Allega copia del libretto d'anagrafe.

Data, \_\_\_\_\_

Il Proprietario

Prot. ASL \_\_\_\_\_

