

MODULISTICA SEGNALAZIONE/STERILIZZAZIONE COLONIA FELINA

<https://www.ats-milano.it/portale/Ats/Carta-dei-Servizi/Guida-ai-servizi/Gatti>: a questo link, in appendice si trova il **fac-simile segnalazione-sterilizzazione-richiesta collaborazione colonia felina** . **Lo riportiamo qui sotto:**

ATS della Città Metropolitana di Milano

Distretto Veterinario _____

Via _____

Comune di _____

Fax _____

e-mail _____

e p. c. Al Sindaco del Comune di _____

Segnalazione della presenza di una colonia di gatti liberi.

Richiesta di sterilizzazione

Richiesta di accordo di collaborazione con il Comune

IL /La Sottoscritto/a

Nome Cognome

Indirizzo

Comune

Recapito Telefonico

Codice Fiscale

Mail

in qualità di

privato cittadino

operatore volontario di associazione riconosciuta

altro (specificare)

SEGNALA

La colonia di gatti liberamente viventi presso il punto principale di offerta di cibo:

Via _____ n.

Comune _____

Gatti M.	Gatti F	Gatti sterilizzati

CHIEDE

inoltre la sterilizzazione chirurgica dei gatti della colonia segnalata di cui ha la responsabilità della buona conduzione e controllo.

Con la presente il sottoscritto/a si assume la responsabilità di indicare al competente Distretto veterinario correttamente e unicamente i gatti che godano dello status di libertà e di non proprietà.

DICHIARA

Inoltre di essere:

disponibile al trasporto degli stessi presso il Canile sanitario/ambulatorio _____

non disponibile

disponibile alla degenza postoperatoria e alla successiva re-immissione in colonia dei gatti

non disponibile

CONSENSO INFORMATO

Dichiara di essere stato/a sufficientemente informato/a che gli animali conferiti per la sterilizzazione, prima della stessa, sono sottoposti a valutazione clinica dal medico veterinario sulla idoneità all'intervento, senza anamnesi nota e senza accertamenti di laboratorio.

Dichiara inoltre di essere stato/a sufficientemente informato/a su rischi inerenti l'anestesia e l'intervento chirurgico, sebbene questi siano praticati con perizia, diligenza e prudenza, sollevando gli operatori da responsabilità derivanti da complicanze dovute a patologie pregresse o in corso.

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679 e D.Lgs. n.196/03 novellato dal D.Lgs. n.101/18, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS.

Data _____

Firma

Per il sopralluogo contattare:

Cognome	
Nome	
Telefono/mail	

allegare :

- fotocopia documento in corso di validità e codice fiscale
- delega del legale rappresentante dell'associazione in caso di operatore volontario