

Atto di affidamento/adozione



COMUNE DI OLLOLAI

Provincia di Nuoro

Tel.0784/51051 – Fax 0784/51499

Il sottoscritto _____ nato a _____ Pr. (_____)

il _____, Residente in _____ Pr. (_____)

Indirizzo _____

Codice fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

di ottenere in affidamento il cane con i seguenti elementi identificativi:

Razza _____ Taglia _____

Sesso _____ Mantello _____

Età _____ Asl n. _____

Microcip n. _____

Allo scopo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali, previste dagli articoli 75 e 76 del DPR n.445/2000, in caso di false attestazioni o dichiarazioni

DICHIARA

O di non aver mai riportato condanne penali* e di non avere processi in corso per reati contro la persona o gli animali o legati alla detenzione o spaccio di sostanze stupefacenti;

O di conoscere le norme che regolano la protezione degli animali e i doveri civici connessi alla loro detenzione;

O di essere stato compiutamente informato sulle caratteristiche del cane da prendere in adozione, compresi i bisogni fisiologici, etologici ed ambientali connessi alla tipologia del cane da adottare;

O di essere a conoscenza che, se entro sessanta giorni dalla presente richiesta non rinuncerà all'adozione, diventerà a tutti gli effetti legittimo proprietario del cane di cui sopra.

Data _____

Il Richiedente _____

SPAZIO PER IL COMUNE

Il sottoscritto _____ in qualità di Responsabile del Procedimento, autorizzo in data odierna la cessione in affidamento/adozione del cane di cui sopra al Sig. _____ e a tal scopo dichiaro di aver personalmente verificato l'identità del sig. _____ attraverso esibizione del documento d'identità (che si allega in copia alla presente).

Data _____

Il Responsabile del Procedimento _____

SPAZIO PER IL CANILE

Il sottoscritto _____ in qualità di Responsabile del Canile dichiaro di aver personalmente verificato che il cane di cui al presente atto è stato sottoposto ai seguenti trattamenti sanitari:

O trattamento per echinococcosi O vaccinazione leptospirosi O vaccinazione polivalente

O trattamento per ectoparassiti O sterilizzazione O altro _____

Data _____ Il Responsabile del Canile _____

SPAZIO PER LA ASL

(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 ASL n.3 oppure ai seguenti contatti:

tel. _____, email _____

a partire dal ____/____/____ al ____/____/____.

Data _____ Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma leggibile)

Il presente atto è redatto in quattro copie:

- l'originale è consegnato al proprietario subentrante insieme al documento identificativo del cane;
- una copia resta agli atti del canile per almeno tre anni;
- una copia è trasmessa al Responsabile del Procedimento del Comune di Ollolai;
- una copia è trasmessa alla ASL n.3 (competente per territorio), entro quindici giorni dalla stipula del presente atto, per le variazioni anagrafiche di competenza, unitamente alla copia del documento di identità del nuovo proprietario.

* 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.