

A.S.L. 3 GENOVESE
VIA SAN GIOVANNI BATTISTA 48
16154 GENOVA
fax 010 849 8762
sanita.animale@asl3.liguria.it

Genova, _____

Il sottoscritto _____ doc. n. _____

Residente in Via _____ Comune di _____

Proprietario del cane di razza _____

Mantello _____ Età _____ Sesso _____

Identificato con: TATUAGGIO n° _____

MICROCHIP n° _____

DICHIARA

Che lo stesso è deceduto in data _____ presso:

STUDIO VETERINARIO _____

PROPRIA ABITAZIONE

ALTRO _____

In fede,

FIRMA