

MODELLO C

**Alla ASL ROMA 5
Servizio Veterinario**

OGGETTO: Richiesta di sterilizzazione di gatti di colonia felina

Il/la sottoscritto/a

Referente della colonia felina registrata presso codesta ASL denominata

.....

CHIEDE

la sterilizzazione di n° gatti di colonia di seguito identificati

- 1. microchip n°
- 2. microchip n°
- 3. microchip n°
- 4. microchip n°

Ovvero da identificare contestualmente alla sterilizzazione

DICHIARA

Tutti i gatti appartengono alla colonia felina e nessuno è di proprietà.

Presentano i seguenti sintomi/patologie

I gatti sono sotto terapia con.....

I gatti sono a digiuno dalle ore del giorno

Sono state osservate tutte le prescrizioni igieniche e le istruzioni fornite dalla ASL

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto è stato debitamente informato che il rischio di lesioni o morte dell'animale, anche se basso, è sempre presente trattandosi di un intervento chirurgico e di animali che vivono in strada, con anamnesi muta e per i quali non è possibile acquisire un quadro clinico completo.

Il sottoscritto è consapevole che:

gli animali conferiti per la sterilizzazione non saranno sottoposti ad esame fisico completo prima della chirurgia e non saranno fatti accertamenti di laboratorio.

Data

FIRMA
