

Al Comune di Torre del Greco
U.O. Igiene e Sanità
Dirigente ad interim Dott.ssa Claudia Sacco
protocollo.torredelgreco@asmepec.it

RICHIESTA DI STERILIZZAZIONE/CASTRAZIONE DI UN CANE/GATTO PADRONALE, O DI UN GATTO APPARTENENTE AD UNA COLONIA FELINA REGOLARMENTE REGISTRATA, E CONTESTUALE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ residente a _____ in Via _____ n.
_____, domiciliato a _____ in Via _____ n.
_____, tel./cell. _____, e-mail _____,

valendosi del disposto di cui agli articoli 21, 38 e 47 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), e consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per il caso di dichiarazione falsa o mendace e per l'uso di atto falso, come previsto dall'art. 76 del citato D.P.R., nella qualità di proprietario/a o tutore/tutrice del cane/gatto identificato come segue,

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria per l'effettuazione di interventi di sterilizzazione/castrazione canina/felina da effettuarsi su cani/gatti padronali o appartenenti a colonie feline del Comune di Torre del Greco relativamente all'animale

Nome _____

Numero microchip animale _____

Identificativo colonie felina _____

e pertanto, che rispetto ai criteri per la graduatoria di cui all'avviso pubblico, possiede le seguenti caratteristiche di categoria, consapevole che il Comune potrà effettuare controlli ai sensi del DPR 445/2000:

Criterio di priorità	Categoria (barrare il requisito posseduto)
Tipologia di animale	<input type="checkbox"/> Cane <input type="checkbox"/> Gatto

Sesso	<input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Maschio
Razza (come da registrazione anagrafe regionale)	<input type="checkbox"/> Meticcio <input type="checkbox"/> Razza
Convivenza con esemplari di sesso opposto	<input type="checkbox"/> Stato di libertà (valido solo per colonie feline) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Reddito complessivo del nucleo familiare del richiedente ai fini I.R.P.E.F. come risultante dalla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà	<input type="checkbox"/> < € 7.500,00 <input type="checkbox"/> da € 7.501,00 ad € 10.000,00 <input type="checkbox"/> da € 10.000,01 ad € 20.000,00 <input type="checkbox"/> da € 20.000,01 ad € 30.000,00 <input type="checkbox"/> > € 30.000,00

DICHIARA, altresì:

1. di volere ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso a mezzo mail all'indirizzo sopra indicato;
2. di MANLEVARE il Comune di Torre del Greco ed il Veterinario da questi designato per la sterilizzazione/castrazione da qualsivoglia responsabilità relativa all'intervento di che trattasi;
3. di essere edotto relativamente agli adempimenti degli aventi diritto di cui all'art. 5 del bando di gara.

Si allega alla presente:

- Copia dell'avviso debitamente sottoscritto;
- Copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità, ai sensi di quanto previsto dall'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000.

Luogo e data, _____

Firma
