Associazione Nazionale Felina Italiana
Legalmente riconosciuta con D.M. 6/8/1997 n.207
Sede Legale ed Ufficio Centrale del Libro Geneaologico Via Gropello 12 - 10138 Torino
Tel 011/4344627 | email sede@anfitalia.it

CERTIFICATO DI VARIAZIONE DELLO STATO FISIOLOGICO RIPRODUTTIVO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

iscritto/a all'Albo provinciale dei medici veterinari di _____

DICHIARA

Sotto la sua personale responsabilità e in accordo con quanto stabilito all'art. 17, capo 1, del Disciplinare del Libro Genealogico del Gatto di Razza, che su richiesta del proprietario/allevatore

Sig./Sig.ra _____ residente in_____

Via_____ N._____CAP _____

in data _____ ha provveduto alla sterilizzazione del soggetto

_____ sesso M [X] F [ ]

LO/RIEX/REG/RS: N._____ razza _____ colore _____

Microchip |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data _____

_____
Il medico veterinario (timbro e firma)

Presa visione dell'informativa ai sensi **dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679** fornita al momento dell'iscrizione e disponibile sul sito www.anfitalia.it nella sezione Privacy.