

## Modulo Richiesta Sterilizzazione gatto/gatta di Proprietà:

### Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

(art. 46, D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445)

Lo/La sottoscritto/a .....

Nato/a a:..... il:.....

Consapevole che in caso di falsa dichiarazione incorrerò in sanzioni penali e nella decadenza dei benefici eventualmente ottenuti

#### DICHIARO

- 1) di essere in possesso di(numero):..... gatto/gatta; descrizione gatto/gatta (eta/colore/sex):.....
- 2) di essere residente nella città di L'Aquila o in uno dei comuni in provincia di L'Aquila facenti parte del "cratere" del Terremoto del 6 aprile 2009.
- 3) di Non essere in grado di pagare la quota stabilita dall'Ordine dei Medici Veterinari AQ per la sterilizzazione dei gatti di proprietà (reddito inferiore a 15.000,00€ l'anno, o difficoltà economiche in seguito al sisma del 6 aprile 2009).

#### CHIEDO

pertanto di poter usufruire della "Convenzione Incentivazione Sterilizzazioni Gatti di Proprietà" stipulata tra l'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia dell'Aquila in collaborazione con l'ANMVI, e la R.A.N. onlus Abruzzese.

Dichiaro, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. N.196/2003, che i dati personali raccolti, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....  
luogo e data

.....  
firma

#### ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DELL'AQUILA

SEGRETERIA: Via Acqui, 6 – 67051 AVEZZANO (AQ)

Tel. - fax: 0863/1940157 - cell. 338/7127154

e-mail: [info@mediciveterinariaq.it](mailto:info@mediciveterinariaq.it)

sito web: [www.mediciveterinariaq.it](http://www.mediciveterinariaq.it)

PEC: [info@pec.mediciveterinariaq.it](mailto:info@pec.mediciveterinariaq.it)