

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

SERVIZIO VETERINARIO DI SANITÀ ANIMALE /SIAV AREA A AREA NORD E SUD

https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/dipartimenti_det/-/journal_content/56/36044/s-i-a-v-area-a-sanita-animale

AI DIRETTORE U.O.C. SERVIZIO VETERINARIO DI SANITA' ANIMALE

SCHEDA DI STERILIZZAZIONE

Data sterilizzazione _____ 2025

Veterinario chirurgo: _____ **C.F.:** _____

Modalità di recupero: accalappiamento recupero di volontari privati

Comune sede del recuperato/accalappiamento _____

Luogo e data accalappiamento: riportato nell'allegata scheda di segnalazione del Comando di Polizia Locale del Comune di _____

Recupero/accalappiamento effettuato da _____

Luogo di ricovero dopo il recupero e durante l'intero periodo pre e post operatorio/intervento: LOCALE CON BOX;

Data ricovero/intervento: _____

Luogo di ricovero al momento dell'intervento/Ricovero post intervento:

DATI DELL'ANIMALE:

nome: _____ età: _____ sesso: _____ specie: **ANIMALE** ; razza:

colore del mantello: _____ tipologia pelo: _____ taglia: _____ segni

particolari _____

n° microchip: **(incollare il bollino)**

Timbro e Firma (V.L.P.)

Timbro e Firma

Si conferma l'avvenuta sterilizzazione

Il Veterinario ASL FG
