**CONSENSO INFORMATO ALL’EUTANASIA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Proprietario/a o Afﬁdatario/a di (nome dell’animale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Specie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_\_\_** **Età:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mantello:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In data …… /….. /…..**

* Richiede la constatazione del decesso causato da ……………………………………………………..…………………..
* Ne richiede ed autorizza l’eutanasia compassionevole …………………………………………………………………..

**Inoltre dichiara sotto la sua responsabilità che il suddetto animale**

* Non ha morsicato persone i animali nei 10 giorni precedenti al decesso/eutanasia
* Non è stato morsicato da altri animali negli ultimi 6 mesi
* Ha morsicato persone o animali ed è soggetto ai provvedimenti previsti dal regolamento di polizia veterinaria
* E’ stato morsicato da altri animali e pertanto è soggetto ai provvedimenti previsti dal regolamento di polizia veterinaria

Data:…………………………………….

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma ……………………………………………

(il proprietario o l’afﬁdatario dell’animale) (Medico Responsabile)

**Il proprietario/detentore:**

* Richiede l’esecuzione dell’autopsia sostenendone i costi ed acquisendo opportuna refertazione

Data:…………………………………….

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma ……………………………………………

(il proprietario o l’afﬁdatario dell’animale) (Medico Responsabile)