



SPETT. ATS INSUBRIA S.C. AREA DISTRETTUALE  
VETERINARIA VARESE/COMO

**SEGNALAZIONE LESIONI CAUSATE DA AGGRESSIONI TRA ANIMALI**

Con la presente si certifica che il:  CANE  GATTO  ALTRO .....  
razza..... nato il ..... mantello .....  
sesso M / F / Mc / Fc - nome: .....  
che risulta identificato mediante microchip:.....  
di proprietà del Sig./Sig.ra:.....  
contatto e-mail: .....  
nato/a ..... il .....  
e residente a ..... in via .....  
è stato da me visitato per lesioni da:  morso  graffio

avvenute in data:.....  
localizzazione, numero e gravità lesioni:.....  
.....  
prognosi iniziale: .....  
vaccinazione antirabbica:  assente  eseguita in data:.....

Il proprietario del cane/gatto dichiara che la lesione è stata inferta da un:  
 CANE  GATTO  ALTRO (specificare).....

Microchip n.:.....  
 di proprietà di.....  
abitante in via..... a.....  
tel:..... e-mail:.....

sconosciuto  
in località (breve descrizione fatti): .....  
.....  
.....

Data.....

Firma proprietario/detentore:

Timbro e Firma Veterinario: