

**Al Comune di Monti
Ufficio Protocollo**

RICHIESTA CONTRIBUTO STERILIZZAZIONE CANI DI PROPRIETA'

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Il _____ residente a Monti in Via _____ n° _____
C.F. _____ recapito telefonico _____
In qualità di proprietario del cane identificato con microchip n° _____

CHIEDE

Di poter usufruire del contributo pari a € 100,00, per la sterilizzazione del suddetto cane.

ACCETTA

Di effettuare il pagamento dell'intervento di sterilizzazione direttamente alla clinica veterinaria mediterranea del Dott. Quinto Puddu con sede ad Olbia in Via Barcellona n° 62/d , per la parte eccedente i € 100,00 di contributo.

Allega fotocopia del documento di identità' .

Data _____

FIRMA