

MODELLO DOMANDA CONTRIBUTO PER LA STERILIZZAZIONE

AI COMUNE DI IGLESIAS
Servizio Ambiente

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in
_____, Tel./cellulare _____,
C.F. _____ identificabile a mezzo di
_____ nr.
_____ del _____, rilasciato
da _____,

CHIEDE

La possibilità di poter usufruire del contributo per la sterilizzazione, di cui alla Deliberazione della
Giunta Regionale Deliberazione della Giunta Regionale n. 55/14)

in quanto:

- A** – Allevatore residente nel Comune di Iglesias da almeno 3 mesi, proprietario di uno o più cani iscritti nella Banca dati dell'Anagrafe Canina Regionale, adibiti alla custodia di greggi.
- B** – Cittadino residente nel Comune di Iglesias da almeno 3 mesi, proprietario di uno o più cani iscritti nella Banca dati dell'Anagrafe Canina Regionale, con una situazione economica del nucleo familiare, calcolata sulla base dell'indicatore della situazione economica equivalente (*ISEE*), **non superiore ad euro 20.000,00**.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- Solo nel caso A – Allevatore, singolo o associato, proprietario di cani adibiti alla custodia di greggi:**
 - Che il codice identificativo aziendale del proprio allevamento è il nr. _____.
 - Di possedere il cane femmina identificabile nell'anagrafe canina regionale con il nr. _____ di microchip.
 - Di essere altresì in possesso di un secondo cane femmina identificabile nell'anagrafe canina regionale con il nr. _____ di *microchip*.
 - Di avvalersi del Medico Veterinario, Dott. _____ con studio in _____ iscritto al nr. _____ dell'Ordine dei Veterinari della Provincia di _____, per l'effettuazione delle prestazioni mediche di sterilizzazione del proprio cane.
 - Che il suindicato professionista, al fine dell'erogazione del contributo, renderà apposita certificazione di avvenuta prestazione.
- Solo nel caso B – Proprietario di cani non adibiti alla custodia di greggi:**
 - Che il nucleo familiare di appartenenza è composto da nr. _____ persone;
 - Che l'ISEE del proprio nucleo familiare per l'anno 2017 è di € _____;

- Di possedere il cane femmina identificabile nell'anagrafe canina regionale con il nr. _____ di *microchip*.
- Di essere altresì in possesso di un secondo cane femmina identificabile nell'anagrafe canina regionale con il nr. _____ di *microchip*.
- Di avvalersi del Medico Veterinario, Dott. _____ con studio in _____ iscritto al nr. _____ dell'Ordine dei Veterinari della Provincia di _____, per l'effettuazione delle prestazioni mediche di sterilizzazione del proprio cane.
- Che il suindicato professionista, al fine dell'erogazione del contributo, renderà apposita certificazione di avvenuta prestazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver letto e di accettare le condizioni previste nell'avviso pubblicato dal Comune, impegnandosi a sterilizzare il cane entro 60 giorni dalla comunicazione di concessione del contributo ed anticipare le somme dovute al veterinario dietro presentazione di regolare fattura.

Tale fattura, regolarmente quietanzata, sarà poi presentata entro 30 giorni al Comune di Iglesias ai fini della liquidazione del contributo erogato per l'animale sterilizzato.

Chiede che il contributo, una volta assegnato, venga accreditato sul seguente c/c bancario/postale italiano intestato al sottoscritto/a:

CODICE IBAN															
Cod. Naz.	Check	CIN	A.B.I.	CAB	Numero conto corrente										

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Copia di documento di identità in corso di validità, riferita al proprietario del cane riportato nell'anagrafe canina;
- Copia tesserino sanitario con indicazione del numero di registrazione nell'anagrafe canina del cane, nonché del secondo cane qualora presente;
- Delega al professionista per l'effettuazione della prestazione di sterilizzazione al cane indicato, sottoscritta per accettazione da parte di quest'ultimo, con l'indicazione dell'ambulatorio presso il quale sarà effettuato l'intervento;
- Copia della certificazione attestante l'assegnazione/registrazione del codice allevamento rilasciata dall'A.T.S. – ASSL competente per territorio (**SOLO CASO A**);
- Copia del modello indicante la situazione economica equivalente (*ISEE*) riferito all'anno 2017 (**SOLO CASO B**).

Iglesias _____

Il Richiedente
