

CERTIFICATO DI ESCLUSIONE STERILIZZAZIONE GATTI DI PROPRIETA'
PREVISTO DALL'ART. 27 TER DELLA L.R. 20/12

Il sottoscritto in qualità di Medico Veterinario presso
(Nome dell'Ambulatorio / Clinica Veterinaria)
.....
attesta che, in data odierna, ha visitato il gatto di proprietà del Sig./Sig.ra
.....residente a via
.....C.F.....
.....identificato
come:

Nome del gatto.....Maschio ☐ Femmina ☐
Età del gatto.....
Colore del mantello
.....
Segni particolari
Eventuale microchip n.....

A seguito di un'attenta valutazione delle condizioni di salute del suddetto gatto, e tenendo conto
delle seguenti patologie e condizioni: (elenco delle patologie)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ritiene che l'intervento di sterilizzazione (orchietomia ☐ ovariectomia ☐ ovarioisterectomia ☐)
non sia praticabile né sicuro per l'animale, in quanto già adulto prima del 1° luglio 2026.

Pertanto, si certifica che, in base al giudizio professionale espresso, non si procede con la
sterilizzazione del gatto in oggetto.

Il presente certificato viene rilasciato a tutela del benessere dell'animale e sottoscritto in due
originali uno da tenere agli atti e l'altro da consegnare al proprietario del gatto.

Firma del Medico Veterinario: _____

Data: _____

Io sottoscritto/aproprietario/a del gatto, mi impegno a trasmettere il presente certificato via PEC oppure a consegnarne l'originale all'ufficio protocollo del Comune di residenza, allegando copia del documento di identità e fotografia dell'animale o eventuale microchip n....., al fine di non incorrere nelle sanzioni previste dall'art. 33, comma 1, lett. b).

Firma del Proprietario dell'animale: _____

Data: _____

Allegati alla presente fotocopia carta di identità del proprietario e fotografia del gatto, in assenza dei quali il certificato non viene accolto (salvo il caso in cui sia già iscritto all'anagrafe felina SINAC FVG).