SEGNALAZIONE AGGRESSIONI TRA ANIMALI
STUDIO / AMBULATORIO / CLINICA / OSPEDALE VETERINARIO

_____
(Intestazione struttura)

Al Servizio Veterinario Sanità Animale ASL_____

e-mail: _____

PEC:_____

SEGNALAZIONE DI LESIONE
aggressioni tra animali ai sensi del D.P.R. 320/1954 (Regolamento di Polizia Veterinaria) e della L.R. Lazio 34/1997

ANIMALE AGGREDITO

Si certifica che l'animale □cane □gatto □furetto □altro (specificare) _____

Razza _____ Nome _____ taglia _____

colore mantello _____ sesso _____nato il _____microchip n.

_____ di proprietà di _____

C.F. _____ abitante in _____

Via/Loc _____ n._____ tel _____ in data

_____/_____/_____è stato visitato per:

Motivo della visita: □morso □graffio □aggressione senza lesioni fisiche

Vaccinazione antirabbica (*):
□ Assente □ Eseguita in data _____ con vaccino _____

Tipo di esposizione:

□ Ferita superficiale □ Ferita profonda □ Frattura □ Ematoma □ Morte (*)

a) Sede/i della lesione _____b) Prognosi_____

ANIMALE AGGRESSORE

Il proprietario/detentore dichiara che l'aggressione è stata causata da:

□cane □gatto □furetto □altro (specificare) _____

Razza _____ Nome _____ taglia _____

colore mantello _____ sesso _____ nato il _____ microchip n.

_____ di proprietà di _____

abitante in _____ Via/Loc _____

n._____tel _____,

in data _____/_____/_____in località _____

_____

Condizione dell'animale aggressore: □ libero □ non libero _____

consapevole delle conseguenze civili e penali in cui incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del D.P.R. 445/2000

Firma del dichiarante _____

□ proprietario sconosciuto (*)

(*) *Si rammenta che nel caso di* ***animale morsicatore sconosciuto*** *il Regolamento di Polizia Veterinaria prevede un'osservazione sanitaria del morsicato di 6 mesi; nel caso che l'animale venga sottoposto a vaccinazione antirabbica post-contagio da iniziarsi non oltre 5 giorni per ferite alla testa e non oltre 7 giorni negli altri casi dal sofferto contagio, il predetto periodo di osservazione può essere ridotto a mesi 3 o anche a mesi 2 se l'animale si trova nel periodo di protezione antirabbica vaccinale pre-contagio.*
Si ricorda che in caso di ***morte dell'animale morsicatore o di quello morsicato*** *durante il periodo di osservazione il RPV prevede l'invio all'IZS delle spoglie per accertamenti diagnostici di laboratorio.*

Medico Veterinario segnalante: Dott./Dott.ssa _____ iscritto/a all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di _____ al n. _____

Luogo, data _____

In fede
Timbro e Firma del Veterinario

_____

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, si informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento (UE) 2016/679.