



Azienda Sanitaria Locale ROMA H

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO VETERINARIO

U.O. S.D. ANAGRAFE CANINA

Via delle Cerquette, 56/A – 00040 Ariccia (RM)

Tel. 06/9331219 fax 06/9332235

RICHIESTA PASSAPORTO

Io sottoscritto.....

Residente in..... Via.....

nato il..... a

Cod.fisc.....

tel.....cell.....

Chiede che gli venga rilasciato il passaporto per il cane gatto furetto

Paese di destinazione..... data partenza.....

Allega: libretto anagrafico

certificato esame clinico

certificato vaccinazione antirabbica

titolazione anticorpale

ricevuta versamento di € 34,00 su C/C n° 20599015
intestato ad ASL RMH – Servizi Veterinari
causale: rilascio passaporto

Altro (specificare).....

Effettuata lettura chip animale..... Data

Il passaporto non viene rilasciato prima di 5 giorni lavorativi dalla data di accettazione della documentazione richiesta.

Data richiesta	Firma
----------------	-------

Il passaporto non può essere rilasciato prima del _____

Data ritiro passaporto	Firma
------------------------	-------