# Al Servizio Veterinario ASL RM1

**RICHIESTA PASSAPORTO EUROPEO**

Per la movimentazione in Europa di cani- gatti- furetti

# PROPRIETARIO

Cognome\_\_ Nome\_ \_ Data di nascita luogo di nascita Prov.\_

C.F. \_ o p.IVA\_

Indirizzo : via/piazza n.

C.a.p. Municipio\_ Tel. \_ cell. \_

# DESCRIZIONE DELL’ ANIMALE

Nome \_ Sesso M  F  Data di nascita

Specie Razza \_ Da presa o molossoide  Morsicatore 

Mantello taglia P – M - G data di possesso\_\_

# IDENTIFICAZIONE DELL’ANIMALE (Iscrizione Anagrafe canina \*)

**Microchip n°**.\_ Data impianto

localizzazione: Collo Dx  Sx  Spalla Dx  Sx 

**Tatuaggio n°.** \_ Data effettuazione

# VACCINAZIONE ANTIRABBICA (\*)

fabbricante nome del vaccino lotto \_

data di vaccinazione validità\_ veterinario

# TEST SIEROLOGICO ANTIRABBICA(\*)

Data prelievo test data rilascio analisi

Data Veterinario\_

1. **TRATTAMENTO ANTIZECCHE (** se richieste dallo Stato destinatario) **(\*)**

Prodotto data \_ ora \_ \_ Veterinario

1. **TRATTAMENTO ANTIECHINOCOCCUS (** se richieste dallo Stato destinatario) **(\*)**

Prodotto data \_ ora \_ \_ Veterinario

1. **ALTRE VACCINAZIONI (** se richieste dallo Stato destinatario) **(\*)**

Data \_ fabbricante lotto \_

validità Veterinario \_ Data \_ fabbricante lotto \_

validità Veterinario \_

**ESAME CLINICO (\*)**

Certificazione di buona salute dell’animale data Veterinario

* **allegare ricevuta bonifico bancario** di€ 34,00 intestato alla ASL Roma 1 - Servizio Tesoreria

IBAN: IT 32 P 08327 03398 000000001060

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA SCRL FIL: AG. 5

CAUSALE: U.O.C. AREA C ANAGRAFE CANINA + “rilascio passaporto”

* se già in possesso di un certificato di buona salute rilasciato dal Veterinario Libero Professionista € 19,00 intestato alla ASL Roma 1 - Servizio Tesoreria

IBAN: IT 32 P 08327 03398 000000001060

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA SCRL FIL: AG. 5

CAUSALE: U.O.C. AREA C ANAGRAFE CANINA + “rilascio passaporto”

* **il ritiro** avviene, previo appuntamento:
dal martedì al venerdì ore 9.00-12.00 presso il Servizio Veterinario - Ambulatorio Anagrafe Canina - Piazza Santa Maria della Pietà 5 - 00135 Roma PAD VIII piano terra;
lunedì e mercoledì ore 9.00-12.00 e ore 14.30-16.30 - Ambulatorio di Via Dario Niccodemi, 95.

Roma li,……/………/…….. Firma……………………………………………

# Data presunta della partenza………………………Luogo di destinazione……………………………

**E’ NECESSARIO CONTROLLARE IL CODICE DI IDENTIFICAZIONE DELL’ANIMALE**

# PRESSO L’AMBULATORIO VETERINARIO DELL’ ASL RM1

**Per la parte sottostante la compila è a cura del Veterinario della ASL**

Vista la correttezza della compilazione della domanda, il Cane ……. Gatto …….. Furetto ………..

sopra descritto è in buono stato di salute ed identificato con Microchip………………………………………

# Data Firma del Veterinario ASL

 **……………. ……………………………………**