

Allegato A

Al Comune di Assemini
Piazza Repubblica 1
09032 Assemini
protocollo@pec.comune.assemini.ca.it

DOMANDA CONTRIBUTO PER LA STERILIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a nato/a.....
il e residente in Assemini in via
Tel./cellulareC.F.

CHIEDE

di poter usufruire del contributo per la sterilizzazione, di cui alla deliberazione del Commissario Straordinario n. 11, assunta con i poteri della Giunta Comunale in data 25/01/2023 e della determinazione n. 119 del 06/02/2023.

A tal fine

DICHIARA

di essere proprietario di **cani femmina/maschio**, regolarmente iscritti nella Banca dati dell'Anagrafe Canina Regionale, o, qualora non regolarmente iscritti, che si impegna a registrare congiuntamente all'intervento di sterilizzazione e di avere un ISEE pari a € _____

Oppure

di essere proprietario di **cani femmina/maschio** adibiti alla custodia di greggi e/o a guardia di fondi rurali e che il codice identificativo aziendale (Banca Dati Nazionale) del proprio allevamento è il n. _____;

di possedere il **cane femmina/maschio** identificabile nell'anagrafe canina regionale con il nr. _____ di *microchip*

Oppure

di impegnarsi a iscrivere il proprio cane all'anagrafe canina congiuntamente alla sterilizzazione della stessa;

di essere in possesso di un secondo cane femmina/maschio identificabile nell'anagrafe canina regionale con il nr. _____ di *microchip*.

Oppure

di impegnarsi a iscrivere il proprio secondo cane femmina/maschio all'anagrafe canina congiuntamente alla sterilizzazione della stessa;

di avvalersi del Medico Veterinario, Dott. con studio in iscritto all'Ordine dei Veterinari della Provincia di, al nr. 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, congiuntamente all'emissione della fattura fiscale;

- che nei propri confronti non è stata mai pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato per reati che riguardino maltrattamenti ad animali.

Chiede inoltre che il contributo accordato venga accreditato sul seguente conto:

IBAN _____ o in alternativa venga effettuata una rimessa diretta.

Allega la seguente documentazione:

1. Accettazione regolarmente sottoscritta dal professionista dell'incarico per l'effettuazione della prestazione di sterilizzazione del cane indicato, con l'indicazione dell'ambulatorio presso il quale sarà effettuato l'intervento.
2. Copia del modello indicante la situazione economica equivalente (*ISEE*) in corso di validità nel caso di proprietari di animali domestici non adibiti alla custodia delle greggi e/o a guardia dei fondi rurali;
3. Copia di documento di identità in corso di validità, riferita al proprietario del cane riportato nell'anagrafe canina.
4. Tesserino sanitario con indicazione del numero di registrazione nell'anagrafe canina del cane, nonché del secondo cane qualora presente.
5. Informativa sul trattamento dei dati Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 debitamente sottoscritta.

Assemini, _____

Il Richiedente _____

=====

Informativa resa ai sensi degli articoli 13 – 14 del G.D.P.R. 2016/679

Ai sensi dei principi e delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, i dati richiesti risultano essenziali ai fini dell'ammissione al contributo e il relativo trattamento –informatico e non – verrà effettuato dall'Amministrazione tramite gli uffici preposti nel rispetto della normativa vigente unicamente ai fini della formazione della graduatoria e successiva erogazione del contributo.

I dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n.679/2016, esclusivamente nell'ambito della procedura assegnazione di contributi per i cani di proprietà.

In qualità di interessato, si informa ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento europeo n. 679/2016 che il richiedente può esercitare i suoi diritti con richiesta scritta inviata al Responsabile del Trattamento all'indirizzo postale della sede legale del Comune di Assemini o al seguente indirizzo mail di posta elettronica certificata protocollo@pec.comune.assemini.ca.it

Assemini, _____

Il Richiedente _____