



Istruzione Operativa per la gestione degli interventi di sterilizzazione di cani e gatti nell'ambito del piano di controllo delle nascite ai sensi della Legge n. 281/91 e della Legge della Regione Emilia Romagna n. 27/2000 e s.m.i.

Ambito di Sanità Pubblica Veterinaria
UOC Veterinaria A e C
Mod. 3 I.O. 10 6108

Modulo di delega gatti

Il sottoscritto _____

residente in via _____ n. _____

Comune _____ Provincia _____

recapito telefonico _____

responsabile designato della colonia felina sita in

via _____

Loc. _____ Comune di _____

DELEGA

Il/La signor/a _____

residente in via _____ n. _____

Comune _____

recapito telefonico _____

a sostituirlo per lo svolgimento delle seguenti mansioni:

- presa in carico di n. _____ gatti liberi, di cui n. _____ femmine e n. _____ maschi per la loro consegna c/o l'ambulatorio veterinario per essere sottoposti ad intervento di sterilizzazione ed a identificazione mediante inserimento del microchip
- ritiro dei gatti al termine dell'intervento.

DICHIARA

- di essere stato informato che i gatti verranno sottoposti ad anestesia totale e che tale pratica non è esente da complicità generali e da rischi intrinseci, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza;
- di essere stato informato della necessità di sospendere l'alimentazione solida e liquida 12 ore prima dell'anestesia;
- che per quanto di sua conoscenza, i gatti condotti in ambulatorio sono in buono stato di salute e non presentano condizioni di esclusione dall'intervento chirurgico, quali: stato di evidente gravidanza o lattazione in atto, sintomi di patologie acute in atto e età inferiore a mesi 5 per le femmine e mesi 8 per i maschi.
- di essere consapevole dei rischi che ogni intervento chirurgico comporta, soprattutto in animali in cui non è possibile effettuare uno screening preoperatorio;
- di impegnarsi ad accudire l'animale nel post operatorio, ad effettuare eventuali terapie prescritte ed a reintrodurre il gatto nella colonia di appartenenza, solo quando si sarà ristabilito.

Pertanto acconsente all'intervento di sterilizzazione

Data ____/____/____

In fede _____