Protocollo: PG/_____ /_____ del _____/_____/_____

ASLCagliari
Azienda socio-sanitaria locale

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

MODULO PER IL CAMBIO DI RESIDENZA / DOMICILIO

Il/La Signor/a_____ Nato/a a _____

Il _____ C.F. _____ Residente a _____

in Via _____ Cap. _____ Tel._____

Proprietario del cane/gatto con chip n. _____

Dichiara

Di aver cambiato: ❒ Domicilio ❒ Residenza - che pertanto diventa il seguente:

Città: _____ Via _____

Data _____ **Firma** _____

SI ALLEGA:

- **COPIA DOCUMENTO IDENTITÀ**
- **RICEVUTA DI PAGAMENTO**

Estremi di pagamento (si richiede di effettuare un bonifico istantaneo):

Intestazione: Asl Cagliari

Codice IBAN: IT 48O* 01 0154 4101 0000 7078 3304 (*è la lettera O non uno zero)

Causale: SIAPZ 2025 – numero di microchip

Importo: €7 (per singola pratica)