



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Notifica di Decesso

Il/La Signor/a _____ Nato/a a _____
Il _____ C.F. _____ Residente in _____
Via _____ Cap. _____
Tel. _____ Mail _____

Comunica il decesso del cane/gatto, contrassegnato dal n. di microchip n. _____, verificatosi in data _____

Causa del Decesso:

Naturale Incidente Malattia (specificare) _____ Soppressione
 Altro _____

Data _____

Firma _____

SI ALLEGA:

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

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

Intestazione: AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 8 DI CAGLIARI

Codice IBAN: IT 480* 01 0154 4101 0000 7078 3304 (*è la lettera O non uno zero)

Causale: SIAPZ 2025 – numero di microchip

Importo: €7 (per singola pratica)

ASL n. 8 di Cagliari

Sede Legale: Ospedale Marino, Viale Lungomare Poetto n. 12

09126 Cagliari (CA)

Sede Operativa: Cittadella della Salute, via Romagna n. 16, pad. H
09127 Cagliari (CA)

C.F e P.IVA: 03990560926

[https://www.asl8cagliari.it](http://www.asl8cagliari.it)

Dipartimento di Prevenzione

SC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Settore: Anagrafe canina, Lotta al randagismo,

Igiene urbana veterinaria

Direttore: Dr.ssa Paola Locci

Via Nebida, 21 - 09121 Cagliari

Tel 070/6092714 - 22 - 52

e-mail: anagrafe.canina@asl8cagliari.it