



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>

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