

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO VETERINARIO DELL'ATS  
DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

**SEGNALAZIONE DI MALATTIA ZOONOSICA NEGLI ANIMALI**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

titolare della Struttura sanitaria Veterinaria \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

informa che in data \_\_\_\_\_ ha verificato la presenza di un caso accertato  
/

sospetto di \_\_\_\_\_ (malattia zoonosica).

Modalità di diagnosi: Laboratorio: \_\_\_\_\_

Test: \_\_\_\_\_

Valutazione clinica: \_\_\_\_\_

Specie animale	Contrassegno identificativo (microchip)	proprietario	Indirizzo e n° telefono

Trasmette in allegato la scheda di iscrizione all'Anagrafe Animali d'Affezione.

In base ai dati anamnestici rilevati dal proprietario l'animale proviene da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Osservazioni del Veterinario curante, terapia effettuata e precauzioni adottate per impedire  
la trasmissione della malattia alle persone che convivono con l'animale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. n.196/03 novellato dal D.Lgs. n.101/18, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS.
---

Data \_\_\_\_\_

Il Veterinario curante \_\_\_\_\_