



**CITTA' DI SACILE**  
**CORPO DI POLIZIA LOCALE**

33077 Sacile (PN) - Piazza Manin, 9  
Tel. 0434 71447 - Fax 0434 780007  
e-mail: polizia.municipale@com-sacile.regione.fvg.it



Spett.le **Signor Sindaco del**  
**Comune di Sacile**  
Piazza del Popolo, 65  
33077 Sacile PN

**Oggetto: domanda di contributo a fronte della spesa sostenuta per la sterilizzazione del gatto del proprio nucleo familiare**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_  
in Via / Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDO

il contributo di € 30,00 spettante per la spesa sostenuta per la sterilizzazione dell/i gatto/i di mia proprietà (massimo due gatti del proprio nucleo familiare).

*(NB: sono ammissibili a contributo le spese avvenute in data successiva al 1° agosto 2016).*

A tal proposito specifico di voler ricevere il contributo spettante:

con mandato di pagamento che mi verrà inviato a domicilio (senza spese) con cui mi recherò presso la Tesoreria del Comune di Sacile Banca di Credito Cooperativo Pordenonese, filiale di Sacile in Viale Zancanaro, 16;

con bonifico bancario e a tale scopo indico:

Istituto di credito \_\_\_\_\_

Codice IBAN CC: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Ln. 196 del 30 giugno 2003**

- a) Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato al rilascio del contributo;
- b) Il trattamento verrà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
- c) Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'erogazione del contributo;
- d) Il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento della dichiarazione;
- e) I dati conferiti potranno essere comunicati, qualora necessario ad altri Settori dell'Amministrazione Comunale e ad altri soggetti pubblici;
- f) Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune;
- g) Il titolare del trattamento è il Comune di Sacile.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allego alla presente:**

- **fotocopia di un documento di identità valido;**
  - **fattura rilasciata dal veterinario che ha eseguito l'intervento di sterilizzazione**
-