Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Insubria

**Al Dipartimento Veterinario**
**e Sicurezza Alimenti di Origine Animale**

**APPUNTAMENTO MICROCHIP DEL GATTO**

IL SOTTOSCRITTO (Cognome, Nome) _____

RESIDENTE A _____

VIA _____ N. _____ CAP_____

TEL. _____ e-mail _____

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'APPUNTAMENTO CHE SI SVOLGERA':

- **A VARESE c/o SEDE DI ATS INSUBRIA IN VIA O. ROSSI – PADIGLIONE TANZI PIANO SEMINTERRATO (ACCESSO PORTA ESTERNA, NON DA INGRESSO PRINCIPALE) – dalle 9:00 alle 13:00 il giorno 04.12.2026**
- **A COMO c/o AMBULATORIO VETERINARIO SITO IN VIA STAZZI N. 3 - dalle 9.00 alle 13:00 il giorno 16.12.2026.**

La domanda, insieme con la **ricevuta di pagamento di 10 euro per inserimento microchip e relativa registrazione in anagrafe degli animali d'affezione,** deve essere inviata entro il 03/12/2026 per la giornata del 04/12/2026 ed entro il 15/12/2026 per la giornata del 16/12/2026 via mail a: corsiiuv@ats-insubria.it

**Pagamento: https://pagamentinlombardia.servizirl.it/mypay4/cittadino/home**
**Bacheca pagamenti → Cerca Ente "Insubria" → ATS Insubria → Pagamento spontaneo Servizio Veterinario à compilazione e causale "MICROCHIP GATTO"**

DATA _____

FIRMA _____