



MUNICIPALIDAD
DE LA CIUDAD DE
VILLA CARLOS PAZ

DIRECCION DE POLITICAS PUBLICAS SALUDABLES

AREA DE VETERINARIA Y ZONOSIS

**SOLICITUD DE ACOGIMIENTO - ORDENANZA Nº 4949
PROGRAMA MUNICIPAL DE ESTERILIZACION QUIRURGICA**

El que suscribe Sr/a _____
quien acredita su identidad con DNI Nº: _____
con domicilio real en _____ de esta
ciudad. Teléfono _____ cel _____
en carácter de _____ del animal.

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE HABITA EN FORMA PERMANENTE

Nº	APELLIDO Y NOMBRE	Nº DOCUMENTO	EDAD	PARENTESCO	INGRESO MENSUAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Declaro bajo juramento conocer los requisitos previstos en la ordenanza Nº 4949*, y que los datos consignados son veraces y completos y que, ante cualquier falsedad, me hago pasible de las sanciones legales que pudieran corresponder.-

Villa Carlos Paz ____/____/____

FIRMA

ACLARACION

DNI

*"Artículo 2º: ... Será su función la aplicación de lo establecido en el artículo primero (1º) y atención post quirúrgica para animales domésticos que se encuentren en la vía pública y para aquellos pertenecientes a personas de bajos recursos debidamente acreditados por Asistente Social..."