

### ANEXO III

#### FICHA IDENTIFICATIVA DE ACTUACIONES CLÍNICAS

A rellenar por el/la voluntario/a autorizado/a

Fecha de captura:	Colonia:	Motivo de captura:
Esterilización	Sí	No Especificar: .....

Voluntario responsable de la colonia autorizada:

D.N.I. :

Firma:

A rellenar por el/la veterinario/a responsable del centro adjudicatario

Nombre de la Clínica:	Fecha del ingreso:		
CARACTERÍSTICAS DEL ANIMAL			
SEXO:	EDAD:	CAPA:	
NOMBRE:			
Exploración clínica:	Actuación clínica:	Apto	No apto
Motivo de eutanasia:			
Marcaje en pabellón auricular:	Derecha	Izquierda	
Observaciones/Incidencias			
Fecha de salida:			
Nombre del/la Veterinario/a			

En Abarán, a            de            de 202

Firma y sello

**Ayuntamiento de Abarán**

Plaza Vieja, 1, Abarán. 30550 Murcia. Tfno. 968770040. Fax: 968770555

