



Estadillo animales

| | | |
|-----------------|---------------|--------------------|
| Incidencia nº.: | Atestado nº.: | Agentes actuantes: |
| Fecha: | Hora: | Lugar: |

| | |
|--|---|
| Tipo de intervención | |
| <input type="checkbox"/> Ataque animal hacia persona | <input type="checkbox"/> Ataque animal hacia animal |
| <input type="checkbox"/> Maltrato a animal | <input type="checkbox"/> Abandono de animal |

| | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|--|
| Datos del animal (1) | | Nombre: | Especie: | Raza: |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra | Color: | Pelo: | Año de nacimiento: | Potencialmente peligroso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Peso (kg.): | Cartilla Sanitaria nº.: | Microchip nº.: | | |
| Fecha de la última vacunación: | | Centro de vacunación: | | |
| Póliza de seguro nº.: | | Compañía: | | |
| Lesiones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Amputaciones | <input type="checkbox"/> Ahorcamiento | <input type="checkbox"/> Inanición | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| | <input type="checkbox"/> Heridas | <input type="checkbox"/> Ahogamiento | <input type="checkbox"/> Deshidratación | <input type="checkbox"/> Hematomas |
| <input type="checkbox"/> Otras: | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Envenenamiento | <input type="checkbox"/> Desgarros | <input type="checkbox"/> Lesiones de peleas |
| | <input type="checkbox"/> Mutilaciones | <input type="checkbox"/> Golpe de calor | <input type="checkbox"/> Hipotermia | <input type="checkbox"/> canibalismo |
| Notificado el extravío: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede | | | | |
| Medidas provisionales adoptadas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retirada del animal <input type="checkbox"/> Bajo custodia del responsable <input type="checkbox"/> Otra: | | | | |
| Datos de la persona responsable | | Tfno. nº.: | Email: | |
| Nombre y apellidos: | | | D.O.I.nº.: | |
| Domicilio: | | | Código Postal: | |
| Porta: Licencia para tenencia de APP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No; Justificante de inscripción en el censo municipal de APP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Se levanta acta-denuncia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Datos de la persona titular | | Tfno. nº.: | Email: | |
| Nombre y apellidos: | | | D.O.I.nº.: | |
| Domicilio: | | | Código Postal: | |

| | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|--|
| Datos del animal (2) | | Nombre: | Especie: | Raza: |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra | Color: | Pelo: | Año de nacimiento: | Potencialmente peligroso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Peso (kg.): | Cartilla Sanitaria nº.: | Microchip nº.: | | |
| Fecha de la última vacunación: | | Centro de vacunación: | | |
| Póliza de seguro nº.: | | Compañía: | | |
| Lesiones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Amputaciones | <input type="checkbox"/> Ahorcamiento | <input type="checkbox"/> Inanición | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| | <input type="checkbox"/> Heridas | <input type="checkbox"/> Ahogamiento | <input type="checkbox"/> Deshidratación | <input type="checkbox"/> Hematomas |
| <input type="checkbox"/> Otras: | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Envenenamiento | <input type="checkbox"/> Desgarros | <input type="checkbox"/> Lesiones de peleas |
| | <input type="checkbox"/> Mutilaciones | <input type="checkbox"/> Golpe de calor | <input type="checkbox"/> Hipotermia | <input type="checkbox"/> canibalismo |
| Notificado el extravío: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede | | | | |
| Medidas provisionales adoptadas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retirada del animal <input type="checkbox"/> Bajo custodia del responsable <input type="checkbox"/> Otra: | | | | |
| Datos de la persona responsable | | Tfno. nº.: | Email: | |
| Nombre y apellidos: | | | D.O.I.nº.: | |
| Domicilio: | | | Código Postal: | |
| Porta: Licencia para tenencia de APP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No; Justificante de inscripción en el censo municipal de APP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Se levanta acta-denuncia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Datos de la persona titular | | Tfno. nº.: | Email: | |
| Nombre y apellidos: | | | D.O.I.nº.: | |
| Domicilio: | | | Código Postal: | |

| | | | |
|---|--------|---|--------|
| Datos de la persona Atacada | | Tfno. nº.: | Email: |
| Nombre y apellidos: | | D.O.I.nº.: | |
| Domicilio: | | Código Postal: | |
| Fecha de nacimiento: | Lugar: | Padres: | |
| Lesiones: | | | |
| Requiere asistencia sanitaria <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Traslado a centro sanitario: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No; Centro: | |

| | | | |
|--|--|----------------|--------|
| Datos de la persona testigo (1) | | Tfno. nº.: | Email: |
| Nombre y apellidos: | | D.O.I.nº.: | |
| Domicilio: | | Código Postal: | |

| | | | |
|--|--|----------------|--------|
| Datos de la persona testigo (2) | | Tfno. nº.: | Email: |
| Nombre y apellidos: | | D.O.I.nº.: | |
| Domicilio: | | Código Postal: | |

| |
|----------------------------------|
| Breve descripción de los hechos: |
|----------------------------------|

| |
|--|
| Interviene/colabora: <input type="checkbox"/> Servicio sanitario (indicativo): <input type="checkbox"/> CNP(indicativo): |
| <input type="checkbox"/> Servicio municipal de recogida de animales <input type="checkbox"/> Protección Civil <input type="checkbox"/> Otro: |

| |
|----------------|
| Observaciones: |
|----------------|

| |
|---------------------------------|
| Firma de los Agentes actuantes: |
| 28074_____ 28074_____ |