

DOMANDA PER IL PRELIEVO DEL CERVO

ATC AL 3 fax: 0131/874788
MAIL: atcal3@inwind.it

COGNOME	
NOME	
INDIRIZZO	
COMUNE	
CAP	
TELEFONO	
CELLULARE	
M@IL	

CERVO

Maschio Adulto		
Maschio Sub-Adulto		
Fusone		
Accorpata (FF adulta, CL0)		
SETTORE 1		
SETTORE 2		
PERIODO ottobre		=> solo prelievo dei maschi
PERIODO novembre		=> solo prelievo dei maschi
PERIODO dicembre		=> solo prelievo dei maschi
PERIODO gennaio		
PERIODO febbraio		

2° SCELTA CERVO

Maschio Adulto		
Maschio Sub-Adulto		
Fusone		
Accorpata (FF adulta, CL0)		
SETTORE 1		
SETTORE 2		
PERIODO ottobre		=> solo prelievo dei maschi
PERIODO novembre		=> solo prelievo dei maschi
PERIODO dicembre		=> solo prelievo dei maschi
PERIODO gennaio		
PERIODO febbraio		

Barrare la casella interessata relativa alla scelta fatta

Data _____

Firma _____