

ATC AL 3 fax: 0131/874788 MAIL: atcal3@inwind.it	DOMANDA PER IL PRELIEVO DEL CERVO		
	COGNOME		
	NOME		
	INDIRIZZO		
	COMUNE		
	CAP		
	TELEFONO		
	CELLULARE		
M@IL			
CERVO	Maschio Sub-Adulto	<input type="checkbox"/>	
	Femmina adulta	<input type="checkbox"/>	
	Piccolo (CL0)	<input type="checkbox"/>	
	SETTORE 1	<input type="checkbox"/>	
	SETTORE 2	<input type="checkbox"/>	
	PERIODO ottobre-novembre	<input type="checkbox"/>	=> solo prelievo dei maschi
	PERIODO novembre-dicembre	<input type="checkbox"/>	=> solo prelievo dei maschi
	PERIODO gennaio	<input type="checkbox"/>	
	PERIODO febbraio	<input type="checkbox"/>	

Barrare la casella interessata relativa alla scelta fatta

Data _____

Firma _____