

**MODULO DI RICHIESTA DI ANALISI GENETICHE CONVENZIONE  
MAINE COON CAT CLUB**Compilare i campi in **STAMPATELLO****Allegare TESSERA ASSOCIATIVA AGGIORNATA e RICEVUTA PAGAMENTO ANTICIPATO.****NOME DEL GATTO:**

DATA DI NASCITA:

M  F 

RAZZA:

MANTELLO:

# MICROCHIP:             # ISCRIZIONE LOI:**LUOGO E DATA DEL PRELIEVO:****CAMPIONE BIOLOGICO:** SANGUE EDTA  TAMPONE BUCCALE  CITO-BRUSH  TAMPONE CON SANGUE **SI RICHIEDE:**

- |   |     |   |     |
|---|-----|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Degenerazione retinica PRA (rdAc)                      | 471 | <input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Cinnamon /Chocolate         | 456 |
| <input type="checkbox"/> Deficienza di piruvato chinasi (PK)                    | 453 | <input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Agouti                      | 457 |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia policistica PKD                             | 400 | <input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Siamese /Burmese            | 458 |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica A31P –<br>Maine Coon        | 518 | <input type="checkbox"/> Diluizione colore pelo                           | 467 |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica A31P + A74T –<br>Maine Coon | 421 | <input type="checkbox"/> Profilo Genetico ISAG                            | 460 |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica – Ragdoll                   | 454 | <input type="checkbox"/> Atrofia Muscolare Spinale (SMA)                  | 495 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM1 Burmese, Siamese, Korat              | 468 | <input type="checkbox"/> Osteocondrodistrofia (Scottish Fold)             | 439 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Korat                                | 510 | <input type="checkbox"/> b-PRA Bengal*                                    | 399 |
| <input type="checkbox"/> Glicogenosi (GSD) Tipo IV (Norvegese delle F.)         | 419 | <input type="checkbox"/> Prog.Ret.Atr. pd-PRA (Persiano)                  | 646 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Domestic Shorthair                   | 469 | <input type="checkbox"/> Tipizz. sierologica gruppi sanguigni             | 513 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Japanese Shorthair                   | 470 | <input type="checkbox"/> Tipizz. gen. gruppi sanguigni incl.raro allele b | 496 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Burmese                              | 478 | <input type="checkbox"/> Tipizz. gen. gruppi sanguigni AB Ragdoll         | 634 |
| <input type="checkbox"/> Mucopolisaccaridosi (MPS) VI                           | 451 | <input type="checkbox"/> Tipizz. genetica raro allele b                   | 635 |
| <input type="checkbox"/> Mucopolisaccaridosi (MPS) VII                          | 452 | <input type="checkbox"/> Profilo gatto 1 (PKDef, PKD, HCM MC 1 mut.)      |     |
| <input type="checkbox"/> Mannosidosi (Persiano)                                 | 420 | <input type="checkbox"/> Profilo gatto 2 (PKDef, PKD, HCM RD)             |     |
| <input type="checkbox"/> Lunghezza del pelo                                     | 455 | <input type="checkbox"/> Profilo gatto 3 (PKDef, PKD, HCM MC 1 mut., SMA) |     |
|   |     | <input type="checkbox"/> Profilo Gruppi Sanguigni                         | 212 |
|   |     | <input type="checkbox"/> Profilo Gruppi Sanguigni Ragdoll                 | 214 |

 **URGENZA:** referto in 5 giorni lavorativi (+30% sul costo dell'analisi)**PROPRIETARIO**

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE:

INDIRIZZO:

COMUNE:

CAP:

PROVINCIA: ( )

PI            CF            

TELEFONO

FAX

EMAIL

**DATI PER LA FATTURAZIONE (SOLO SE DIVERSO DA PROPRIETARIO)**

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE:

INDIRIZZO:

COMUNE:

CAP:

PROVINCIA: ( )

PI            CF            

TELEFONO

FAX

EMAIL

**MODALITA' DI REFERTAZIONE E INVIO FATTURA** e-mail **PRELEVATORE:**

IO SOTTOSCRITTO COGNOME/NOME

IN QUALITA' DI MEDICO

VETERINARIO ATTESTO CHE IL CAMPIONE BIOLOGICO PRELEVATO DAL GATTO IDENTIFICATO COME INDICATO SOTTO, E' STATO IDENTIFICATO IN MODO CHIARO ED INEQUIVOCABILE ED È ALLEGATO ALLA PRESENTE RICHIESTA

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

TELEFONO

FAX

EMAIL

@

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (art. 46 D.P.R. n. 445/00)**

io sottoscritto/a

Codice fiscale

nato/a a

prov.

il

sesso M  F 

residente a

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 455/2000, consapevole delle responsabilità anche penali delle mendaci dichiarazioni

DICHIARO/A DI ESSERE REGOLARMENTE ISCRITTO/A ALL' ASSOCIAZIONE NAZIONALE FELINA ITALIANA (ANFI) PER L'ANNO

DATA

FIRMA

(ALLEGA FOTOCOPIA DOC.IDENTITA' + TESSERA ANFI AGGIORNATA)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:** io sottoscritto cognome/nome

autorizzo

la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679.

FIRMA: