



200 South Street,  
P.O. Box 914  
Morristown, NJ  
07963-0914

## Health Division

Main Office (973) 796-1975  
Health Officer (973) 292-6707  
Health Inspectors (973) 292-6713  
(973) 796-1993  
Nurse (973) 292-6702  
Animal Control (973) 292-6731  
Fax (973) 292-6730

# APLICACIÓN DE LICENCIA PARA PERROS

## INSTRUCCIONES PARA APLICAR

Por favor complete la aplicación entera. Una aplicación por cada animal. Aplicaciones incompletas no serán procesadas y se las devolveremos. El pago debe acompañar esta aplicación. Si usted está aplicando por correo, el pago debe ser hecho con cheque o giro postal a nombre de "Town of Morristown". Pagos en efectivo solo son aceptables en persona. Si usted está aplicando por correo, debe incluir un sobre con estampilla y con su dirección de regreso escrita, junto con la aplicación, y el cheque o giro postal. Por favor envíe su aplicación a la dirección correspondiente a la División de Salud en la parte de arriba de esta hoja. Los pagos de licencia son los siguientes:

**Perros Castrados o Esterilizados.....\$10.00**  
**Gatos No Castrados o Esterilizados.....\$20.00**  
**Pago Retrasado\*\*.....\$5.00**

**\*\* El Pago Retrasado se aplica por cada animal, cada mes si la licencia no es obtenida a más tardar el 30 de Junio del año de licencia.**

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Aplicación Para (señale una opción):

Licencia Nueva

Renovación de Licencia

## Información del Dueño

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Información de la Mascota

Nombre del Perro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Color/Marcas: \_\_\_\_\_

Largura de Pelo (Señalar una):  
 Sin Pelo  
 Pelo Corto  
 Pelo Largo

El perro(a) esta esterilizado(a)/castrado(a) (Señalar una)\*:  
 Si  No

\* **Prueba de esterilización/castración requerida.**

Sexo:  Macho  Hembra

\* **Vencimiento de la rabia no puede expirar antes del 30 de Abril del año de licencia. Prueba de la Inmunización de la rabia debe ser proveída.**

Fecha de vencimiento de la Rabia\*: \_\_\_\_\_

Numero de Microchip (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Descortezado/enervamiento (Señalar una):  
 Si  No

Firma del Dueño: \_\_\_\_\_

**Yo certifico que la información provista en esta aplicación es verdadera.**

**USO DE OFICINA SOLAMENTE**

Date License Issued: \_\_\_\_\_ Check/MO Number: \_\_\_\_\_ Tag Number: \_\_\_\_\_ License  
Number: \_\_\_\_\_