



**CERTIFICAZIONE BUONA SALUTE PER L'ACCESSO ANIMALI D'AFFEZIONE
NELLE STRUTTURE SANITARIE DI MEDICINA UMANA**

/ sottoscritt dr.iscritt_ con nr.all'Ordine dei Medici Veterinari di

CERTIFICA

che l'animale di specie..... nome..... razza.....sex..... età.....
colore mantello.....iscritto all'anagrafe canina|_|Si |_|No microchip n
di proprietàresidente a.....via/locn

alla visita clinica odierna è risultato :

- in |_|discreto |_|buono |_|ottimo stato di salute ;
- esente da sintomi clinici riconducibili a malattie infettive ed infestive trasmissibili all'uomo ed altri animali, vaccinato in coerenza con le indicazioni delle linee guida vaccinali (Vaccination Guidelines Group)* ed il contesto epidemiologico locale contro le seguenti malattie:

GATTO:

|_|panleucopenia |_|calicivirosi |_|herpers virus |_|clamidiosi |_|leucemia |_|rabbia |_|Altro.....

CANE:

|_| parvovirosi |_|leptospirosi spp |_|cimurro |_|adenovirus 2 canino |_|rabbia |_|Altro.....

I trattamenti immunizzanti contrassegnati risultano in corso di validità, come da documentazione clinica allegata (libretto delle vaccinazioni).

Tattamento contro endo ed ecto parassiti : in data con

DATA

TIMBRO E FIRMA

.....

.....

La presente certificazione di buona salute ha validità di 15 giorni.

Il detentore , al momento dell'ingresso dichiara, sotto la propria responsabilità , che non sono nel frattempo sopravvenute variazioni sospettabili nello stato di salute dell'animale e che per l'indole docile e l'educazione ricevuta, il comportamento dell'animale non comporta problemi gestionali.

DataFirma _____/Data.....Firma _____

Incaricato del controllo ingresso |_|Respinge per |_|document. |_|comportamento |_| Accetta
data_____firma_____/data_____firma_____
