

N° .....

MOD. N° 12 – MA

**REGIONE EMILIA ROMAGNA - SERVIZIO VETERINARIO**

AUSL DI ..... - PROVINCIA DI .....

**DENUNCIA DI TRATTAMENTI IMMUNIZZANTI**

Presso l'allevamento (denominazione o timbro): .....

Codice aziendale | | | | ..... | | | | Proprietario .....

Indirizzo: Via ..... N° ..... del Comune di .....

SUINI VACCINATI				CAPANNONE	BOX
Tipologia animali (Scrofe, scrofette, verri, verretti, magroncelli, magroni, grassi, ecc.)	Tipo di intervento (1° vaccinazione, 2° vaccinazione, 3° vaccinazione, richiamo)	Età degli animali (mesi)	N° capi vaccinati		

Malattia per la quale è stata praticata l'immunizzazione o l'inoculazione diagnostica: MALATTIA DI AUJESZKY

Denominazione del prodotto (indicare anche la serie): .....

Istituto produttore : .....

Trattamento immunizzante eseguito: vaccinoprofilassi

Metodo seguito per le inoculazioni diagnostiche (sottocutaneo, intradermico, ecc.) ed esito relativo:

.....

Data delle operazioni : .....

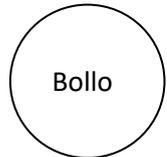
Osservazioni: .....

.....

Data, ..... li ..... 20.....

**IL VETERINARIO DENUNCIANTE**

Alla A.U.S.L. di ..... Servizio Veterinario



V.to IL VETERINARIO UFFICIALE