#

# CERTIFICADO SANITARIO – CANINOS

### Único modelo autorizado por la D.S.A. - M. G. A. P.

El que suscribe, Dr.(a)  Veterinario habilitado, registrado ante la División Sanidad Animal con el Nº  , **CERTIFICA:** que en el período de 20 días anteriores a la fecha de emisión del presente documento, ha examinado clínicamente y procedió a cumplir con los requisitos sanitarios del reglamento vigente, al animal de la especie canina, propiedad del Sr.(a)  , domiciliado en la calle:  , Teléfono  , de la ciudad de  , con el siguiente detalle:

|  |
| --- |
| NOMBRE:  TAMAÑO:   |
| RAZA:  COLOR:   | SEXO:       | EDAD:       |
| Nº DE REGISTRO-CHIP:       | TATUAJE:   |

Con el fin de conferirle inmunidad, se controló la aplicación de vacunas contra las siguientes enfermedades:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ENFERMEDAD | MARCA | SERIE | FECHA DE VACUNACION |
| ENFERMEDAD DE CARRE |   |   |   |
| PARVOVIROSIS |   |   |   |
| HEPATITIS CANINA INFECCIOSA |   |   |   |
| LEPTOSPIROSIS |   |   |   |
| RABIA |   |   |   |

Las mismas tienen **validez dentro de los plazos que la División Sanidad Animal marca como normales** para cada una de ellas.

Ha sido dosificado contra la tenia Echinococcus con  (en un plazo no mayor de 15 dias) en fecha      /     /      y dosificados contra las demás endoparasitosis con  en fecha      /     /

Ha sido dosificado contra ectoparásitos en fecha      /     /

El/los canino/s están **libres de ectoparásitos y enfermedades infecto-contagiosas**.

Se certifica que en el lugar de origen no se han constatado enfermedades infectocontagiosas ni parasitarias.

Observaciones:

El presente certificado tiene validez por el plazo de 30 días a partir de la fecha de emisión.

Dado en  , a los       días del mes de  del año  .

TIMBRE

PROFESIONAL

 FIRMA : .........................................................

Dirección del Veterinario:  Teléfono: