# 

# CERTIFICADO SANITARIO – FELINOS

### Unico 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 felina, propiedad del Sr.(a) …………………., domiciliado en la calle: ………………………, Teléfono      , de la ciudad de ..........................., con el siguiente detalle:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE: …………………... TAMAÑO:      . | | |
| RAZA: ……………………. . COLOR:      . | SEXO: …………….. | EDAD: ........ |
| ASOCIACIÓN DE CRIADORES DE FELINOS DEL URUGUAY:      . | Nº DE REGISTRO-CHIP: | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ENFERMEDAD | MARCA | SERIE | FECHA DE VACUNACION |
| RINOTRAQUEÍTIS VIRAL FELINA |  |  |  |
| CORIZA VIRAL |  |  |  |
| PANLEUCOPENIA FELINA |  |  |  |
| RABIA | …………… |  |  |

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

En fecha      /     /     , (plazo no mayor de 15 días) ha sido dosificado contra endoparásitos con      .--

Ha sido dosificado contra ectoparásitos en fecha      /     /     .

El/los felino/s no ha/n presentado signos ni síntomas de **enfermedades infecto-contagiosas ni parasitarias.**

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:      .--