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: …………………….