

**REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY**

**MINISTERIO DE GANADERIA, AGRICULTURA Y PESCA**

**DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS GANADEROS**

**DIRECCION DE SANIDAD ANIMAL**

**CERTIFICADO VETERINARIO INTERNACIONAL**

**PARA EL ENVIO DE CANINOS, FELINOS Y HURONES HACIA CHILE**

CERTIFICADO N º

ENVIO DE CARÁCTER: DEFINITIVO

 TEMPORAL

|  |  |
| --- | --- |
| País de origen: | **REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY** |
| País de tránsito: |  |
| Medio de transporte: |  |
| Nombre de la autoridad competente:  | **MINISTERIO DE GANADERIA AGRICULTURA Y PESCA** |

**I. Identificación del animal**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Especie  | Nombre del Animal  | Raza | Sexo (indicar si esta esterilizado) | Color de pelaje | Fecha de Nacimiento | Número de transponder (microchip) y fecha de aplicación\* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Si corresponde.

**II. Información de origen**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del propietario / responsable: |  |
| Dirección: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |

**III. Información sanitaria**

**1. Datos de la vacunación antirrábica** *(Colocar información de las últimas dos vacunaciones antirrábicas)*

El Veterinario Oficial abajo firmante certifica que el animal\*:

1. Ha sido vacunado contra la Rabia.

Fecha de vacunación (día/mes/año):

Fecha de validez:

Nombre de la vacuna:

Laboratorio productor/Número de serie:

Fecha de vacunación (día/mes/año):

Fecha de validez:

Nombre de la vacuna:

Laboratorio productor/Número de serie:

b) Es un animal primo-vacunado o es menor de noventa (90) días de edad y ha sido inmunizado al menos 21 días previos a su ingreso a Chile, vacunación aplicada según las indicaciones del fabricante respecto a la edad de vacunación y especie.

\*Tachar lo que no corresponda.

**2. Datos del tratamiento antiparasitario interno y externo**

El animal ha sido sometido entre los 5 (cinco) y 30 (treinta) días previos al ingreso a Chile, a un tratamiento de amplio espectro contra parásitos internos y externos con productos autorizados por la Autoridad Veterinaria Competente.

Fecha de administración del antiparasitario interno (día/mes/año):

Laboratorio/Nombre comercial:

Principio activo del producto:

Dosis:

Fecha de administración del antiparasitario externo (día/mes/año):

Laboratorio/Nombre comercial:

Principio activo del producto:

Dosis:

Declaro que el/los animal/es fue/fueron examinado/s dentro de los 10 (diez) días previos al viaje, no presentando signos clínicos de enfermedades infectocontagiosas ni parasitarias. Para el caso de caninos, al momento del examen clínico, el animal no manifestó signo clínico compatible con *Leishmania infantum*.

Al momento del embarque, el animal no evidenció signos de enfermedades

infecciosas transmisibles ni parasitarias.

Se adoptaron durante el transporte todas las medidas y precauciones, que aseguren la mantención de las condiciones sanitarias y de bienestar de los animales.

Para la importación de los animales a Chile el certificado tendrá una **vigencia de 10 días desde su emisión,** siendo prorrogable por máximo 5 días según condiciones del viaje.

*Para el retorno hacia la República Oriental del Uruguay, este Certificado Veterinario Internacional es válido por 30 (TREINTA) días, a partir de la fecha de su emisión,*

Lugar y Fecha de Emisión:

Sello y firma del Veterinario Oficial:

Sello de la Autoridad Veterinaria Competente: