

Certificato di buona salute

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____, Medico Veterinario iscritto/a all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di _____ al n. _____,

certifica di aver visitato in data _____ l'animale:

Nome: _____ Specie: _____

Razza: _____ Sesso: _____

Data di nascita o età: _____ Peso (kg): _____

Microchip: _____ Mantello / segni particolari: _____

di proprietà di / detenuto da: _____

Nome e cognome: _____ Codice fiscale: _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

e che, al momento della visita, l'animale:

- ☐ si presenta in buono stato di salute e di nutrizione;
- ☐ non presenta segni clinici riferibili a malattie infettive o diffuse;
- ☐ non presenta ectoparassiti visibili;
- ☐ è in regola con le vaccinazioni riportate sotto.

Vaccino	Data	Valido fino al

Ultimo trattamento antiparassitario
(prodotto e data): _____

Note:

Il presente certificato attesta quanto riscontrato alla visita ed è rilasciato su richiesta dell'interessato per uso: _____ (es. pensione per animali, toelettatura, esposizione, cessione).

Luogo: _____ Data: _____

Firma e timbro del Medico Veterinario