CERTIFICADO SANITARIO – BOVINOS-OVINOS-SUINOS

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

El que suscribe, Dr.(a) ..... Veterinario habilitado, registrado ante la División de Sanidad Animal con el Nº ....., **CERTIFICA:** que en el período de 20 días anteriores a la fecha de emisión del presente documento, en el establecimiento ..... DI.CO.SE. Nº ....…....., ubicado en el paraje .....……..... Sec. Pol. ..... Sec. Jud. ..... del Departamento de .....…..... examinó clínicamente y procedió a cumplir las investigaciones diagnósticas que se indican en los animales de la especie ....., propiedad del Sr.(a) ....., con el siguiente detalle:

RAZA:	SEXO		EDAD	IDENTIFICACION		MARCA	TUBER	BRUCEL	OTRAS
	M	H		OR.DER.	OR.IZQ.				

Se certifica que el método para **la investigación de Tuberculosis** fue el de ……..... y se realizó en fecha …../……../……../ y que **la investigación de Brucelosis** fue realizada por .....……..... según el método de .....……..... en fecha ……../……../……../

Otras investigaciones: ……..

.....

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

ENFERMEDAD	MARCA	SERIE	FECHA DE VACUNACION

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

En suinos se **Certifica** que se realizó el/los test serológicos de Rosa de Bengala, con resultado/s negativo/s en fecha/s: ...../...../...../ ...../...../.....

Para los ovinos provenientes de establecimientos ubicados en zonas de tratamientos preventivos, se le tiene a la vista la Declaración Jurada del tratamiento precaucional, Nº ..... presentada en ....., en fecha ...../...../.....

Ha sido dosificado contra endoparásitos con ..... en fecha ...../...../.....

Se **Certifica** que todos los **animales inspeccionados** están **libres de ectoparásitos**, **enfermedades de la piel** e **infecto-contagiosas**.
Se **Certifica** que en el Establecimiento no se han constatado enfermedades parasitarias ni infectocontagiosas que le impidan extraer haciendas ..... para ser presentadas en la exposición de .....

Observaciones clínicas:
.....
.....
.....

Observaciones varias:
.....

.....
.....

Doy validez al presente certificado, 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: .....