



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, N° ..... 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: .....