



CERTIFICADO SANITARIO - E Q U I N O S
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 N°, **CERTIFICA:** que en el período de 20 días anteriores a la fecha de emisión del presente documento, en el establecimiento, Di.Co.Se. N°, ubicado en el paraje Sec. Pol. Sec. Jud. del Departamento de examinó clínicamente y procedió a cumplir las vacunaciones e investigación diagnóstica que se indica en los animales propiedad del Sr.(a), con el siguiente detalle:

RAZA:	SEXO			EDAD	TATUAJE	IDENTIFICACION	
	ME	MC	H			MARCA	IDENT.

Se hace **constar** que se **realizó investigación de Anemia Infecciosa Equina** con **resultado negativo** (N° de Registro) en fecha .../.../.../ mediante **Test de Coggins**. Se adjunta **Certificado original** del mismo. 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**.

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

Télefono