

**CERTIFICAZIONE SANITARIA DI BUONA SALUTE
(PER L'ACCESSO DI ANIMALI D'AFFEZIONE IN VISITA IN OSPEDALE)**

Il sottoscritto dr.....medico veterinario iscritto al n°.....
dell'Ordine dei medici veterinari della provincia di

CERTIFICA

che il ☐ cane, ☐ gatto, ☐ coniglio, nome..... razza..... sesso.....
età..... colore mantello..... di proprietà del sig
residente a in via n°
(solo se cane) iscritto all'anagrafe canina Regione Con microchip
alla visita clinica odierna risulta:

☐ in buono stato di salute, esente da sintomi clinici riconducibili a malattie infettive e parassitarie trasmissibili all'uomo e ad altri animali, è stato correttamente vaccinato, secondo le linee guida vaccinali, nei confronti delle seguenti malattie:

☐ GATTO:

Panleucopenia felina in data con vaccino*
Calicivirosi felino in data con vaccino*
Herpes virus felino in data con vaccino*

☐ CANE:

Parvovirosi in data con vaccino*
Leptospirosi spp in data con vaccino*
Cimurro in data con vaccino*
Adenovirus 2 canino in data con vaccino*
*Rabbia*** in data.....con vaccino*

☐ CONIGLIO:

Mixomatosi in data con vaccino
Malattia emorragica Virale in data con vaccino

- è stato trattato contro endo ed ecto parassiti in data con.....
.....

- nel corso della visita e da quanto a mia conoscenza non ha manifestato patologie o comportamenti che ne sconsigliano l'accesso ad una struttura ospedaliera.

DATA

TIMBRO E FIRMA

La compilazione di tutti i campi è obbligatoria. Per l'accesso in ospedale del pet la certificazione di buona salute dovrà essere rilasciata solamente nei 7 giorni precedenti alla data di accesso dell'animale nella struttura ospedaliera.

* per ciascuno trattamento immunizzante riportare data e dettagli del vaccino

** Nel caso in cui l'animale abbia soggiornato negli ultimi 6 mesi in zone endemiche