

Prove Internazionali per cani da soccorso
CERTIFICATO STATO VACCINALE DEL CANE E DI BUONA SALUTE

Io sottoscritto/o Dott/ssa _____

In qualità di Medico Veterinario del soggetto indicato,
CERTIFICO che il cane dichiarato di proprietà

Sig. r/ra

dati del cane

| | |
|-------------------|--|
| nome: | |
| data di nascita: | |
| Numero microchip: | |
| Razza: | |
| sexso: | |

Ha eseguito la suddetta profilassi vaccinale:

| vaccino | data della vaccinazione | scadenza validità |
|-------------|-------------------------|-------------------|
| leptosirosi | | |
| cimurro | | |
| parvovirus | | |
| epatite | | |
| antirabica | | |

Inoltre, Alla data odierna, il cane risulta alla visita clinica, sano ed esente da patologie clinicamente diagnosticabili e in qualche modo infettive per gli altri animali.

Luogo e data:

timbro e firma del medico veterinario

Si specifica che NON SOSTITUISCE il libretto vaccinale del cane, che dovrà comunque essere a disposizione in sede di prova e/o alla visita veterinaria prevista.