

REGIONE

DENUNCIA**O di TRATTAMENTI IMMUNIZZANTI****O di INOCULAZIONI DIAGNOSTICHE**

ANIMALI TRATTATI		Località in cui trovansi gli animali	Nominativo e domicilio del proprietario		
SPECIE	N° COMPLESSIVO: capi				
		sani	sospetti	malati	

Malattia per la quale è stata praticata la immunizzazione o l'inoculazione diagnostica:

Denominazione del prodotto (indicare anche il lotto) _____

Istituto produttore _____

Trattamento immunizzante eseguito: (sieroterapia, vaccinoprofilassi, ecc.) _____

Metodo eseguito: _____

Data delle suddette operazioni: _____

Osservazioni: _____

Data _____, li _____

IL VETERINARIO DENUNCIANTE