

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	sospett i	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, vaccino profilassi, ecc.) _____

Metodo eseguito: _____

Data delle suddette operazioni: _____

Osservazioni: _____

Data _____, li _____

IL VETERINARIO DENUNCIANTE
