

N°.....

MOD. N° 12

**REGIONE.....**  
**SERVIZIO VETERINARIO**

ASSL N°.... DI.....

COMUNE DI.....

**DENUNCIA**

- DI TRATTAMENTI IMMUNIZZANTI
- DI INOCULAZIONI DIAGNOSTICHE

ANIMALI TRATTATI				Località in cui trovansi gli animali	Nominativo e domicilio proprietari
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 la serie)** \_\_\_\_\_

**Istituto produttore** \_\_\_\_\_

**Trattamento immunizzante eseguito: (sieroterapia, vaccinoprofilassi, ecc.)** \_\_\_\_\_

**Metodo seguito per le inoculazioni diagnostiche (sottocutaneo, intradermico, intrapalpebrale, ecc.) ed  
esito relativo:** \_\_\_\_\_

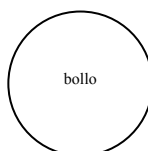
**Data delle seguenti operazioni:** \_\_\_\_\_

**Osservazioni:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data, .....li.....**

**Alla A.s.l. n°.....di.....  
Servizio Veterinario**



**IL VETERINARIO DENUNCIANTE**

\_\_\_\_\_

**V.to: IL VETERINARIO UFFICIALE**

\_\_\_\_\_