

N°.....

MOD. N° 12
D.P.R. 08/02/1954, Art. 65

REGIONE PUGLIA
SERVIZIO VETERINARIO

AUSL 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

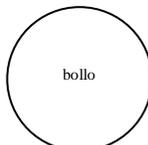
esito relativo: _____

Data delle seguenti operazioni: _____

Osservazioni:

Data,li.....

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



IL VETERINARIO DENUNCIANTE

V.to: IL VETERINARIO UFFICIALE