**CERTIFICADO SANITARIO PARTICULAR PARA BOVINOS Y BUBALINOS**

**PARA COMERCIALIZAR EN REMATES, LIQUIDACIONES**

**O LOCALES DE VENTAS Y EXPOSICIONES**

**Único modelo autorizado por la D.S.A. - M. G. A. P.**



El que suscribe, Dr.(a) ................................................. Veterinario habilitado por al DGSG con el Nº.........................., **CERTIFICA:** que en el período de 20 días anteriores a la fecha de emisión del presente documento, en el establecimiento................................................ DI.CO.SE. Nº......……..................., ubicado en el paraje.........……….................... Sec. Pol. ....... Sec. Jud. ...... del Departamento de...............……........... examinó clínicamente y procedió a cumplir las investigaciones diagnósticas que se indican, en los animales de la especie bovina, propiedad de la firma......................................................................, con el siguiente detalle:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RAZA: | SEXO | | EDAD | IDENTIFICACIÓN | | MARCA | TUBER | BRUCEL | OTRAS |
| M | H | Nº. ID. OF.  ELECTRÓNICA | R.P. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**(\*) EN CASO DE NECESIDAD POR MAYOR NÚMERO DE ANIMALES: ANEXAR UN NUEVO FORMULARIO**

Se certifica que dieron resultados negativos a la prueba tuberculinica realizada en fecha…../........./…...../. La tuberculina utilizada es del Laboratorio...................................... Nº de Serie...................... Fecha de vencimiento......../......../......../. **La investigación de Brucelosis** fue realizada por Laboratorio......................………………….. Según el método de........................………..... en fecha......../......../......../

Otras investigaciones: ………………………………………………….. ...........................................................................

Con el fin de conferirles inmunidad, se controló la aplicación de vacunas contra las siguientes enfermedades:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ENFERMEDAD | MARCA | SERIE | FECHA DE VACUNACION |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Las vacunas que anteceden tienen validez dentro de los plazos que la División Sanidad Animal marca como normales para cada una de ellas.

Todos los animales en fecha......../........ /......., han sido dosificados contra endoparásitos, con.............................., del Laboratorio...............................................

Se **Certifica** que **todos** los animales inspeccionados están libres de ectoparásitos, enfermedades de la piel y signos de enfermedades infecto-contagiosas.

Se **Certifica** que en el Establecimiento de salida no se han constatado enfermedades parasitarias ni infectocontagiosas que le impidan extraer haciendas bovinas, para ser presentadas en la exposición de......................................................................

Observaciones clínicas: .............................................................................................................................................…

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Observaciones varias: ............................……..............................................……………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Doy validez al presente certificado, por el plazo de 30 días a partir de la fecha de emisión…..…..../.........../.............

Se emite en.............................................., a los.......... días del mes de..................................... del año....................

TIMBRE

PROFESIONAL

FIRMA: ....................................................................

Dirección del Veterinario: .................................................. Teléfono: ........................