

**CERTIFICADO SANITARIO – AVES – CONEJOS PARA  
COMERCIALIZAR EN REMATES, LIQUIDACIONES O LOCALES  
DE VENTA Y EXPOSICIONES**  
Único modelo autorizado por la D.S.A. - M. G. A. P.



Ministerio  
de Ganadería,  
Agricultura y Pesca

Dirección General de SERVICIOS GANADEROS

El que suscribe, Dr.(a) ..... Veterinario habilitado por la DGSG con el N° .....,  
**CERTIFICA:** que en el período de 20 días anteriores a la fecha de emisión del presente documento, en el  
establecimiento ....., DICOSE. N° ....., ubicado en el paraje  
..... Sec. Pol. .... Sec. Jud. .... del Departamento de  
..... examinó clínicamente y procedió a cumplir las vacunaciones e investigación diagnóstica  
que se indica en los animales propiedad del Sr.(a) ....., con el siguiente detalle:

| RAZA: | SEXO |   |  | EDAD | TATUAJE | IDENTIFICACION |  |
|-------|------|---|--|------|---------|----------------|--|
|       | M    | H |  |      |         |                |  |
|       |      |   |  |      |         |                |  |
|       |      |   |  |      |         |                |  |
|       |      |   |  |      |         |                |  |
|       |      |   |  |      |         |                |  |
|       |      |   |  |      |         |                |  |
|       |      |   |  |      |         |                |  |
|       |      |   |  |      |         |                |  |
|       |      |   |  |      |         |                |  |
|       |      |   |  |      |         |                |  |

Con el fin de **conferirle 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**.

Ha sido dosificado contra endoparásitos con ..... en fecha ...../...../...../ \_\_\_\_\_

A la totalidad de los conejos, se les ha practicado análisis coprológico para la detección de Coccidiosis, en fecha ...../...../...../ ; con resultado negativo.-

A la totalidad de las aves, se les ha practicado Test de Pullorosis, en fecha ...../...../...../ ; con resultado negativo.-

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

Se Certifica que en el Establecimiento no se han constatado **enfermedades parasitarias ni infectocontagiosas** que le impidan extraer animales ..... 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.

Dado en ....., a los ..... días del mes de ..... del año .....

TIMBRE  
PROFESIONAL

FIRMA: .....

Dirección del veterinario .....

Teléfono .....