

**CERTIFICADO SANITARIO PARTICULAR PARA EQUINOS  
PARA COMERCIALIZAR EN REMATES, LIQUIDACIONES  
O LOCALES DE VENTAS 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....., DI.CO.SE. N°....., ubicado en el  
paraje..... Sec. Pol. .... Sec. Jud. .... del Departamento de..... examinó  
clínicamente y procedió a cumplir las vacunaciones e investigaciones diagnósticas que se indican, en los animales de la  
especie equina, propiedad de la firma ....., con el siguiente detalle:

RAZA:	SEXO			EDAD	TATUAJE	IDENTIFICACIÓN	
	ME	MC	H			MARCA	IDENT.

(\*) EN CASO DE NECESIDAD POR MAYOR NÚMERO DE ANIMALES: ANEXO 1

Se hace **constar** que se **realizó investigación de Anemia Infecciosa Equina** con **resultado negativo** (N° de Registro.....) en fecha .../.../.../ mediante **Test de Coggins**. Se adjunta **Certificado original** del mismo emitido por la Di.La.Ve. Miguel C. Rubino.

Otras investigaciones .....

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

ENFERMEDAD	MARCA	SERIE	FECHA/S DE VACUNACIÓN

Las vacunas que anteceden tienen validez dentro de los plazos que la DGSG 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 equinas para ser presentadas en la exposición o remate de ..... de fecha: ...../...../..... \_\_\_\_\_

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: .....

