

Nº CERTIFICADO:

CERTIFICADO DE VACUNACION FRENTE A LENGUA AZUL AD SG

1. IDENTIFICACION DE LA EXPLOTACION

Nº REG. Explotación:	Especie:	Provincia:
Nombre explotación:	Municipio:	
Titular:	DNI Titular:	
A.D.S.G.:		

2. VACUNACIÓN PARCIAL O COMPLETA (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

Vacunación parcial: ____	Vacunación completa: ____
--------------------------	---------------------------

3. DATOS DEL VETERINARIO

NOMBRE:	D.N.I.:
---------	---------

4. CARACTERISTICAS DE LA VACUNA

Nombre comercial/serotipo	Fabricante	Lote	Fecha caducidad

5. CENSO VACUNADO

Total ovinos vacunados

Serotipo	Sementales	Hembras Reprod.	Otros mayores de 3 meses
1			
4			

Serotipo BOVINOS

1	Nº bovinos vacunados:
4	Nº bovinos vacunados:

6. OBSERVACIONES



Veterinario/a:

Fdo:

FECHA:

Titular/Representante:

Fdo.

FECHA: