

Nº CERTIFICADO:

**CERTIFICADO DE VACUNACION FRENTE A LENGUA AZUL VETERINARIO
 DIRECTORIO**

1. IDENTIFICACION DE LA EXPLOTACION

Nº REG. Explotación:	Especie:	Provincia:
Nombre explotación:	Municipio:	
Titular:		DNI Titular:

2. CENSOS TOTALES DE LA EXPLOTACION

	Sementales	Hembras Reproductoras	Reposición 4-12 meses	No Rep. menores 4 meses
OVINOS:				
CAPRINOS:				
BOVINOS:				

3. DATOS DEL VETERINARIO

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

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

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

5. CARACTERISTICAS DE LA VACUNA

Nombre comercial/serotipo	Fabricante	Lote	Fecha caducidad

6. CENSO VACUNADO. En el ANEXO se indicará la vacunación individual en su caso.

Total ovinos vacunados

Serotipo	Sementales	Hembras Reprod.	Reposición 4-12 meses	NR<4
1				
4				

Serotipo	BOVINOS
1	Nº bovinos vacunados:
4	Nº bovinos vacunados:

6. OBSERVACIONES

	Veterinario/a:	Titular/Representante:
	Fdo:	Fdo.
	FECHA:	FECHA: