El que suscribe, Dr.(a) ................................................. ; Veterinario habilitado por la 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 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** (Nº 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 normalespara cada una de ellas.

**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.**

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: ....................