

**CERTIFICADO SANITARIO PARTICULAR PARA BOVINOS Y BUBALINOS
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 al 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 investigaciones diagnósticas que se indican, en los animales de la especie bovina, propiedad de la firma....., con el siguiente detalle:

| RAZA: | SEXO | | EDAD | IDENTIFICACIÓN | | MARCA | TUBER | BRUCEL | OTRAS |
|-------|------|---|------|-------------------------|------|-------|-------|--------|-------|
| | M | H | | Nº. ID. OF. ELECTRÓNICA | R.P. | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

(*) EN CASO DE NECESIDAD POR MAYOR NÚMERO DE ANIMALES: ANEXAR UN NUEVO FORMULARIO

Se certifica que dieron resultados negativos a la prueba tuberculínica realizada en fecha...../...../...../. La tuberculina utilizada es del Laboratorio..... N° de Serie..... Fecha de vencimiento...../...../...../. **La investigación de Brucelosis** fue realizada por Laboratorio..... Según el método de..... en fecha...../...../...../

Otras investigaciones:

Con el fin de conferirles 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.

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 bovinas, 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...../...../.....

Se emite en....., a los..... días del mes de..... del año.....

TIMBRE
PROFESIONAL

FIRMA:

Dirección del Veterinario:

Teléfono:

