

Timbro Veterinario

Per malattie infettive art 5 D.P.R. 320/54

Alla U.O.C. Sanità Animale
Dipartimento Prevenzione ASReM
CAMPOBASSO
asrem@pec.it

Il sottoscritto Dott. _____

Visto l'art. 5 del D.P.R. 320/54, in data _____ ha sottoposto a visita clinica il

Seguente animale: razza _____ sesso _____ età _____

Mantello _____ n. identificativo _____.

L'animale presentava la seguente sintomatologia: _____

_____ Prognosi gg. _____

L'animale è di proprietà del Sig. _____ res. in via/loc. _____

_____ Comune di _____ tel. Fisso/cell _____

Il Sig./la Sig.ra _____ dichiara che l'animale: _____

Il proprietario dell'animale

Il Medico Veterinario
