

N° \_\_\_\_\_

MOD. N° 12

**Regione Abruzzo**  
SERVIZIO VETERINARIO

ASSL N° \_\_ DI \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**DENUNCIA**

- DI TRATTAMENTI IMMUNIZZANTI  
 DI INOCULAZIONI DIAGNOSTICHE

| ANIMALI TRATTATI |                            |          |        | Località in cui trovansi gli animali | Nominativo e domicilio proprietari |
|------------------|----------------------------|----------|--------|--------------------------------------|------------------------------------|
| SPECIE           | N° complessivo: _____ capi |          |        |                                      |                                    |
|                  | Sani                       | Sospetti | Malati |                                      |                                    |
|                  |                            |          |        |                                      |                                    |
|                  |                            |          |        |                                      |                                    |
|                  |                            |          |        |                                      |                                    |
|                  |                            |          |        |                                      |                                    |
|                  |                            |          |        |                                      |                                    |
|                  |                            |          |        |                                      |                                    |
|                  |                            |          |        |                                      |                                    |

Malattia per la quale è stata praticata la immunizzazione o l'inoculazione diagnostica

Denominazione del prodotto (indicare anche la serie) \_\_\_\_\_

Istituto produttore \_\_\_\_\_

Trattamento immunizzante eseguito: (sieroterapia, vaccinoprofilassi, ecc.) \_\_\_\_\_

Metodo seguito per le inoculazioni diagnostiche (sottocutaneo, intradermico, intrapalpebrale, ecc.) ed esito relativo: \_\_\_\_\_

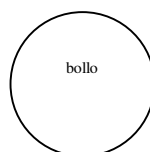
Data delle seguenti operazioni: \_\_\_\_\_

Osservazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data, .....li.....

Alla A.s.l. n° .....di.....  
Servizio Veterinario



IL VETERINARIO DENUNCIANTE

V.to: IL VETERINARIO UFFICIALE