BLUE TONGUE
PIANO VACCINALE OBBLIGATORIO

Spett.le ATS.....
Distretto Veterinario di
E-mail DistrettoVeterinario.....@ats-.....it

Il sottoscritto (Cognome) (Nome)
in qualità di Proprietario I_I Legale Rappresentante I_I Detentore/operatore I_I
dell'allevamento (Denominazione)
sito in (Comune) (Indirizzo)
Cod. aziendale/...../...../
Tel. Cell. E-mail

SI IMPEGNA

ad effettuare la vaccinazione nei confronti della Blue Tongue sierotipo BTV 8, utilizzando le dosi di vaccino acquisite per il tramite dell'ATS di, avvalendosi di un veterinario libero professionista per il seguente n. di capi:

Ovini identificati individualmente Totale

Ovini identificazione semplificata.....

DICHIARA

di avvalersi del Dott. Medico Veterinario iscritto all'albo della
provincia di n. C.F.:
Tel cell. E-mail

il quale si impegna

- a predisporre un programma di vaccinazione aziendale, nel quale dovranno essere indicati con chiarezza i tempi, le modalità ed il numero dei capi, con indicazione della categoria, oggetto della vaccinazione;
- a seguire strettamente le indicazioni del piano e eventuali prescrizioni del Servizio Veterinario dell'ATS;
- a rispettare scrupolosamente le indicazioni contenute nel foglietto illustrativo del vaccino;
- a effettuare le registrazioni nell'applicativo della Ricetta elettronica dei trattamenti tramite indicazione terapeutica da scorta propria e a tale scopo dispone di apposito account e abilitazione

Li, Data

Firma del Richiedente

Firma del Veterinario incaricato

.....

.....

Visto:

Il Direttore del Distretto Veterinario

Data:

firma.....