



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della sanità  
Servizio Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

DETERMINAZIONE N. DEL  
**ALLEGATO 2**

## VERBALE DI VACCINAZIONE CAPI OVINI

**ATS Sardegna**

**ASSL di** \_\_\_\_\_ **Comune** \_\_\_\_\_ **Località** \_\_\_\_\_

**Proprietario** \_\_\_\_\_ **Codice aziendale** \_\_\_\_\_

**Interventi di profilassi per: SBT (inserire il sierotipo/i)** \_\_\_\_\_

**Vaccino utilizzato (Inserire la denominazione del prodotto e il n. di lotto):** \_\_\_\_\_

### RIEPILOGO VACCINAZIONE

Categorie	N. capi totali	N. capi vaccinabili	N. capi vaccinati	N. capi riformati	Motivo della riforma
Maschi adulti					
Pecore adulte					
Ovini di età tra 0 e 6 mesi					
Totale Capi					

N.B. nel seguente prospetto occorre indicare l'identificazione individuale solo nel caso non sia vaccinato tutto il gregge barrando la casella interessata. Nel caso le righe siano insufficienti è possibile stampare apposito elenco dalla BDN e allegarlo al presente verbale.

### CAPI OVINI VACCINATI

a) ☐ Tutto l'effettivo del gregge      b) ☐ Tutta la rimonta      c) ☐ Riformati      d) ☐ Vaccinati

1	9	17	25	33	41	49	57
2	10	18	26	34	42	50	58
3	11	19	27	35	43	51	59
4	12	20	28	36	44	52	60
5	13	21	29	37	45	53	61
6	14	22	30	38	46	54	62
7	15	23	31	39	47	55	63
8	16	24	32	40	48	56	64



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della sanità  
Servizio Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

DETERMINAZIONE N. DEL  
**ALLEGATO 2**

- L'allevatore ha acconsentito e ha collaborato all'esecuzione della vaccinazione?

☐ **SI**      ☐ **NO**

- Nel caso in cui l'allevatore non abbia consentito la vaccinazione, è stato comunque consegnato materiale divulgativo sulla Profilassi sanitaria diretta contro la febbre catarrale degli ovini?

☐ **SI**      ☐ **NO**

Spazio per eventuali osservazioni del Veterinario: \_\_\_\_\_

Spazio per eventuali osservazioni dell'Allevatore: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'allevatore

Il Veterinario Incaricato (timbro e firma leggibile)

V.to il Veterinario Ufficiale (timbro e firma leggibile)