



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

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					
Capi da rimonta					
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

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)