



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Mod. 3/R

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Sede legale: Viale della Vittoria 92100 Agrigento

Partita IVA - Codice Fiscale: 02570930848

Dipartimento di Prevenzione Veterinaria

Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

DISTRETTO DI _____

Prot. n. _____ del _____

All'Istituto Incremento Ippico
Via Vittorio Emanuele, 508 Catania

OGGETTO: Certificato accertamenti sanitari dei riproduttori – L.30/91 e D.M. 403/00

Visita l'istanza del Sig. _____ con la quale richiedeva accertamenti diagnostici di laboratorio di equino stallone per le malattie infettive della sfera genitale;

Visti i rapporti di prova inviati dall'Istituto Zooprofilattico di Palermo per le malattie della sfera genitale previsti dalla normativa vigente relativi allo stallone Cavallo/Asino

nome	razza	sexo	mantello	Anno nascita
N° passaporto	N° microchip	N° certificato genealogico		

di proprietà del Sig. _____ Nato a _____

Il _____ e residente in _____ Via

_____ n. _____ con allevamento equino (cavalli - asini)

codice aziendale n. _____ AG _____

È stato sottoposto:

- Agli accertamenti diagnostici nei confronti delle seguenti malattie:

Malattia	data	esito	note
Anemia infettiva (AI)			
Arterite virale (AVE) (esame sangue)			
** Esame materiale seminale (1° prova)			
** Esame materiale seminale (2° prova)			
Metrite Equina Contagiosa (CEM)			
I° tampone			
II° tampone			
Morva			
Morbo Coitale Maligno (MCM)			

Rinopolmonite Virale Equina			Esame clinico
Encefalite Virale Equina			Esame clinico

- Alla visita clinica in data....., non presentando sintomi clinici evidenti riferibili a malattie infettive e/o infestive denunciabili della specie.

Si rilascia il presente certificato, su richiesta dell'interessato e per gli usi consenti.

* indicare l'eventuale "status" di equide sieropositivo non eliminatore, ai sensi del OM 13 gennaio 1994

** qualora l'equide, ai sensi del OM 13 gennaio 1994, viene dichiarato sieropositivo non eliminatore, è comunque necessario indicare le date in cui sono stati effettuati gli accertamenti virologici

Data.....

firma e timbro Veterinario ASP