

PIANO REGIONALE INTEGRATO 2015/2018 DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N° 617/2015	PIANO DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI IN REGIONE CAMPANIA	MOD. 24A: NOTIFICA CASO ACCERTATO DI LEISHMANIOSI Rev. 7 del 31/12/14
--	--	---

Al Dipartimento di Prevenzione
ASL.....
Servizio Veterinario di Sanità Animale

OGGETTO: notifica caso accertato di Leishmaniosi, ai sensi dell' art. 5 Regolamento di Polizia Veterinaria – D.P.R. n.320/54.

Il sottoscritto, dr.

Iscritto all' Ordine medici veterinari della Provincia dicon il N°.....

in ottemperanza a quanto segnato in oggetto, comunica che il CANE

Microchip.....Razza.....

Sesso.....Mantello.....Data di nascita.....

Proprietario:

nome.....cognome.....

indirizzo.....

recapiti telefonici.....

Detentore:

nome.....cognome.....

indirizzo.....

recapiti telefonici.....

È affetto da Leishmaniosi accertata mediante esame sierologico (titolo.....) effettuato presso:

Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno con sede in Portici (NA) rapporto di prova n°.....

del.....

Laboratorio privato.....ref.n.....del.....

ALTRO:.....

Il cane presenta sintomatologia clinica SI NO

E' stata intrapresa la terapia NO SI (specificare data inizio e farmaci prescritti)

.....

Il cane in precedenza è stato vaccinato NO SI (specificare data della vaccinazione ed eventuali richiami)

.....

Luogo e data

II VETERINARIO
Firma e timbro

Se la comunicazione non è redatta su carta intestata del Medico veterinario, indicare nel presente modello:

Sede ambulatorio:.....

Recapiti telefonici:.....

Indirizzo pec:.....