

## Solicitud de vacunación contra Arteritis Viral Equina

En mi carácter de Propietario o Tenedor Responsable de los padrillos que a continuación se detallan, solicito dar curso, ante el SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA, al presente documento para la vacunación contra Arteritis Viral Equina (AVE) con la vacuna ARTERVAC.

### Datos del Establecimiento

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Nombre del Establecimiento</b> |  |
| <b>N° de RENSPA</b>               |  |
| <b>Partido ó Departamento</b>     |  |

### Veterinario a cargo del Establecimiento

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre de Veterinario Acreditado</b> |  |
| <b>N° de Acreditación</b>               |  |

### Listado de padrillos a Vacunar

|          | <b>Nombre de los Padrillos</b> | <b>Primovacunación<br/>Si/No</b> | <b>N° de Microchip</b> | <b>Raza</b> |
|----------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------|-------------|
| <b>1</b> |                                |                                  |                        |             |
| <b>2</b> |                                |                                  |                        |             |
| <b>3</b> |                                |                                  |                        |             |
| <b>4</b> |                                |                                  |                        |             |
| <b>5</b> |                                |                                  |                        |             |
| <b>6</b> |                                |                                  |                        |             |
| <b>7</b> |                                |                                  |                        |             |
| <b>8</b> |                                |                                  |                        |             |

**Nota:** en caso de solicitar vacunar más de OCHO (8) padrillos, completar otra solicitud. En caso de la opción NO en la columna primovacunación, se entenderá como que es un equino a revacunar.

Fecha prevista para la vacunación: í ..

Declaro bajo juramento conocer y aceptar las condiciones establecidas por el SENASA, y me comprometo a cumplirlas asumiendo la responsabilidad por el uso de la vacuna.

Asimismo me comprometo:

A entregar en la Oficina Local correspondiente a la jurisdicción donde se encuentren los animales vacunados la documentación correspondiente para su registro, dentro de los 10 días de realizada la vacunación.

### Propietario o Tenedor Responsable

**Apellido y Nombre:** .....

**N° de DNI:** .....

**Firma:** .....