

CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

NOME DEL SOGGETTO _____

DATA DI NASCITA _____/_____/_____
giorno mese anno SESSO M F

COLORE _____

ALLEVATORE _____

PROPRIETARIO _____

INDIRIZZO _____

TEL. _____

IL SOGGETTO DI CUI SOPRA SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA EFFETTUATA IN

DATA _____/_____/_____
giorno mese anno RISULTA IN BUONO STATO DI SALUTE.

IL MEDICO VETERINARIO

LUOGO E DATA

TIMBRO

FIRMA



IL PRESENTE CERTIFICATO AI FINI DEL RILASCIO DELL' ATTESTATO
DI LONGEVITA' DA PARTE DELLA SOCIETA' SPECIALIZZATA
SOCIETA' ITALIANA ALANI.

N.B. LA VISITA MEDICA DEVE ESSERE EFFETTUATA AL COMPIMENTO
DEGLI 8 ANNI DI VITA PER IL SOGGETTO MASCHIO E 8,5 ANNI PER IL
SOGGETTO FEMMINA.