

Declaração de vacinação

Para os devidos efeitos, eu, médico(a) veterinário(a) (nome) _____, portador(a) da Cédula Profissional nº _____, declaro, sob compromisso de honra, que vacinei o equino identificado com o microchip nº _____, com a **vacina** _____, **contra a Febre do Nilo Ocidental**, nas seguintes datas:

Ações de vacinação contra Febre do Nilo Ocidental			Assinatura e carimbo/vinheta do médico veterinário
Primovacinação	Data da 1ª injeção	/ /	
	Data da 2ª injeção	/ /	
Data de revacinação anual		/ /	
Data de revacinação anual		/ /	
Data de revacinação anual		/ /	
Data de revacinação anual		/ /	
Data de revacinação anual		/ /	
Data de revacinação anual		/ /	
Data de revacinação anual		/ /	