

**Requerimento para autorização de utilização da vacina contra a Febre do Nilo Ocidental, em equinos na zona de risco**

Exmº Sr. Diretor Geral de Veterinária Campo Grande 50 1700-093 LISBOA	
<b>Assunto – Pedido de autorização de utilização da vacina contra a Febre do Nilo Ocidental, em equinos na zona de risco</b>	Data:
(Nome do médico veterinário)	(N.º Cédula Profissional)
Exercendo a sua actividade profissional em (morada):	Fax Telefone/Telemóvel e-mail
Solicita autorização de utilização do medicamento veterinário _____ para vacinar cavalos na zona de risco para a Febre do Nilo Ocidental: _____, (indicar freguesia/concelho). Indicar vacina contra a doença, autorizada nos termos do disposto no DL n.º 148/2008 de 29 de Julho, com a redacção dada pelo DL n.º 314/2009 de 28 de Outubro.	
(Nº de caixas / Nº total de seringas)	(Nome da vacina inativada contra a Febre do Nilo Ocidental)
(Forma farmacêutica)	(Distribuidor)
(Data(s) prevista(s) de aplicação) 1ª inoculação - 2ª inoculação - Revacinação -	Em (Identificação dos(s) equino(s) - n.º de microchip)
Pertencente(s) a (identificação e residência (indicar freguesia/concelho) do proprietário/detentor do(s) equídeo(s):	
Assinatura e carimbo/vinheta do médico veterinário	

*Mod.908/DGAV*