

**Prova della vaccinazione
contro l'infezione da paramyxovirus dei colombi**

Nome e indirizzo del proprietario o dei proprietari dei colombi

Denominazione del vaccino:

Carica:

Data della vaccinazione: _____

Timbro del veterinario che ha effettuato la vaccinazione (nome e indirizzo completi)

Data e firma del veterinario che ha effettuato la vaccinazione **(si prega di firmare in blu)**

**Attenzione: Questo modulo deve essere rispedito in originale.
L'ufficio veterinario non accetta fax o fotocopie.**