****

**ΔΙΕΘΝΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ**

**ΚΑΤΟΙΚΙΔΙΩΝ ΣΚΥΛΩΝ ΚΑΙ ΓΑΤΩΝ ΣΤΑ ΚΡΑΤΗ ΤΗΣ MERCOSUR /**

**CERTIFICADO VETERINARIO INTERNACIONAL PARA EL ENVÍO**

**DE CANINOS Y FELINOS DOMÉSTICOS A LOS ESTADOS PARTES DEL MERCOSUR**

CERTIFICADO No / ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ:

ENVÍO DE CARÁCTER / ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ: DEFINITIVO / ΜΟΝΙΜΟΣ □
 TEMPORAL / ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΣ □

|  |  |
| --- | --- |
| País de origen / Χώρα προέλευσης: |  |
| País de tránsito / Χώρα διαμετακόμισης: |  |
| Medio de transporte / Μέσο μεταφοράς: |  |
| Nombre de la autoritad competente / Αρμόδια Αρχή: |  |

1. **Identificación del animal / Ταυτοποίηση του ζώου**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Animal / Όνομα Ζώου | Especie / Είδος | Raza / Φυλή | Sexo / Φύλο | Pelaje / Τρίχωμα | Fecha de Nacimiento/ Ημερομηνία Γέννησης | Número de transponder (microchip) y fecha de aplicación /Αριθμός πομποδέκτη (microchip) και ημερομηνία τοποθέτησης\* | Ubicación del transponder (microchip) / Σημείο τοποθέτησης πομποδέκτη (microchip)\*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 \*Si corresponde / Αν εφαρμόζεται
\*\* Si corresponde / Αν εφαρμόζεται

1. **Información de origen / Στοιχεία προέλευσης**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del propietario /Όνομα ιδιοκτήτη του ζώου |  |
| Dirección / Διεύθυνση |  |
| Ciudad – País / Πόλη – Χώρα |  |

1. **Información de destino / Στοιχεία προορισμού**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del propietario /Όνομα ιδιοκτήτη του ζώου |  |
| Dirección / Διεύθυνση |  |
| Ciudad – País / Πόλη – Χώρα |  |

1. **Información sanitaria / Υγειονομικές πληροφορίες**
2. **Datos de la vacunación antirrábica / Στοιχεία αντιλυσσικού εμβολιασμού**

El Veterinario Oficial abajo firmante certifica que el animal /

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος επίσημος κτηνίατρος πιστοποιώ ότι το ζώο\*:

a) ha sido vacunado contra la Rabia / έχει εμβολιαστεί κατά της λύσσας

Fecha de vacunación (día-mes-año) / Ημερομηνία εμβολιασμού (ημέρα-μήνας-έτος):
Fecha de validez / Ημερομηνία έναρξης ισχύος:
Nombre de la vacuna / Όνομα εμβολίου:
Laboratorio productor-Número de lote / Κατασκευαστής-Αριθμός παρτίδας:

o / ή

b) es menor de 90 (noventa) días al momento de la emisión del presente certificado, no ha sido vacunado contra la Rabia, y no ha estado en ninguna propiedad donde haya ocurrido ningún case de Rabia urbana en los últimos 90 (noventa) días /

είναι μικρότερο από 90 (ενενήντα) ημερών κατά την ημερομηνία έκδοσης του παρόντος πιστοποιητικού, δεν έχει εμβολιαστεί κατά της λύσσας και δεν παρέμεινε σε καμία εγκατάσταση, όπου διαπιστώθηκε κρούσμα αστικής λύσσας τις τελευταίες 90 (ενενήντα) ημέρες.

\*Tachar lo que no corresponda / Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

1. **Datos del tratamiento antiparasitario / Στοιχεία αντιπαρασιτικής αγωγής**

El animal ha sido sometido dentro de los quince (15) días previos a la emisión del presente certificado, a un tratamiento de amplio espectro contra parásitos internos y externos con productos autorizados por la Autoridad Veterinaria Competente /

Το ζώο έχει υποβληθεί τις τελευταίες δεκαπέντε (15) ημέρες πριν από την έκδοση του παρόντος πιστοποιητικού σε ευρέος φάσματος αντιπαρασιτική αγωγή κατά ενδοπαρασίτων και εκτοπαρασίτων, με προϊόντα εγκεκριμένα από την Αρμόδια Κτηνιατρική Αρχή.

Fecha de administración del antiparasitario interno (día-mes-año) /

Ημερομηνία χορήγησης αντιπαρασιτικής αγωγής για ενδοπαράσιτα (ημέρα-μήνας-έτος):

Laboratorio-Nombre comercial / Κατασκευαστής-Εμπορικό όνομα σκευάσματος:

Principio activo del producto / Δραστική ουσία σκευάσματος:

Fecha de administración del antiparasitario externo (día-mes-año) /

Ημερομηνία χορήγησης αντιπαρασιτικής αγωγής για εκτοπαράσιτα (ημέρα-μήνας-έτος):

Laboratorio-Nombre comercial / Κατασκευαστής-Εμπορικό όνομα σκευάσματος:

Principio activo del producto / Δραστική ουσία σκευάσματος:

1. **Otras vacunaciones (cuando corresponda) / Άλλα εμβόλια (όταν εφαρμόζεται)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre comercial de la vacuna / Εμπορική ονομασία εμβολίου | Enfermedad / Νόσος | Laboratorio fabricante / Κατασκευαστής | No Partida-Lote / Αριθμός παρτίδας | Fecha de vacunación / Ημερομηνία εμβολιασμού |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Informaciones sanitarias adicionales / Συμπληρωματικές υγειονομικές πληροφορίες**

El animal ha sido sometido a los siguientes tratamientos dentro de los (3) tres meses previos a la emisión del presente certificado (cuando corresponda) /

Το ζώο έχει υποβληθεί στις ακόλουθες αγωγές εντός των τελευταίων τριών (3) μηνών πριν από την έκδοση του παρόντος πιστοποιητικού (όταν εφαρμόζεται).

Diagnóstico presuntivo / Πιθανή διάγνωση:

Fecha de administración del producto (día-mes-año) /

Ημερομηνία χορήγησης του σκευάσματος (ημέρα-μήνας-έτος)\*:

Laboratorio-Nombre comercial / Κατασκευαστής-Εμπορικό όνομα σκευάσματος:

Principio activo del producto / Δραστική ουσία σκευάσματος:

\*repetir cuantas veces sea necesario / επαναλάβετε όσες φορές κρίνεται απαραίτητο

Declaro que el animal fue examinado en \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_, no presentando signos clínicos de enfermedades infecciosas ni parasitarias y es apto para el transporte /

Δηλώνω ότι το ζώο κατά την κλινική εξέτασή του στις \_\_ / \_\_ / \_\_\_ , δεν παρουσίαζε καμία ένδειξη λοιμώδους ή παρασιτικής νόσου και είναι σε θέση να υποστεί την προβλεπόμενη μετακίνηση.

Este Certificado Veterinario Internacional es válido por 60 (sesenta) días, a partir de la fecha de su emisión, para el ingreso o retorno a los Estados Partes del MERCOSUR, siempre y cuando la vacunación antirrábica sea válida /

Το παρόν Διεθνές Κτηνιατρικό Υγειονομικό Πιστοποιητικό ισχύει για 60 (εξήντα) ημέρες, με έναρξη την ημερομηνία έκδοσής του, για την είσοδο ή την επιστροφή στα Κράτη της MERCOSUR, υπό την προϋπόθεση ότι ο αντιλυσσικός εμβολιασμός βρίσκεται σε ισχύ.

Lugar y Fecha de Emisión / Τόπος και Ημερομηνία Έκδοσης:

Sello y firma del Veterinario Oficial / Σφραγίδα και Υπογραφή του Επισήμου Κτηνιάτρου:

Sello de la Autoridad Veterinaria Competente / Σφραγίδα της Αρμόδιας Κτηνιατρικής Αρχής: