



**Vincolo sanitario per l'osservazione a domicilio, ai fini della profilassi antirabbica di cane/gatto/furetto introdotto dall'Ucraina a seguito di rifugiato.**

Con la presente viene posto in vincolo sanitario, presso il domicilio sito in \_\_\_\_\_  
il cane/gatto/furetto identificato con microchip.....in data.....

di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_, di nazionalità ucraina,  
domiciliato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
data di ingresso in Italia.....

Documento di riconoscimento ..... eventuale tessera STP (straniero  
temporaneamente presente) rilasciato dall'AUSL di ..... n.....

Viene nominato custode dell'animale il Sig. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ documento di identità n. \_\_\_\_\_.

Il Proprietario dichiara che l'animale non ha morso persone o animali nei 10 giorni precedenti.

Il custode/proprietario si impegna a:

- tenere l'animale in rigorosa custodia sotto la sua responsabilità e lontano da ogni contatto con persone o animali;
- non allontanare l'animale dall'indirizzo sopra indicato, garantire e fare in modo che non morda, non venga a morte, non venga smarrito.
- metterlo a disposizione dell'Autorità Sanitaria per le visite e i controlli necessari all'osservazione antirabbica.
- segnalare immediatamente al personale veterinario della AUSL di....., ai numeri....., qualunque anomalia dovesse rilevare nel comportamento o nello stato di salute dell'animale, nonché l'eventuale smarrimento, furto, episodio di morsicatura a persone o animali, morte o fuga dello stesso.
- non vendere, né cedere l'animale.
- comunicare anticipatamente e per tempo eventuali variazioni di domicilio al numero telefonico.....;

La durata prevista dell'isolamento è di 6 mesi, a far data dall'introduzione dell'animale in Italia;

Il periodo di isolamento potrà essere ridotto a 3 mesi dalla data del prelievo di sangue dall'animale, in caso di esito favorevole dell'esame di titolazione anticorpale post vaccinale nei confronti della rabbia. Il prelievo di sangue verrà fatto da personale veterinario della ASL almeno 30 giorni dopo la data di avvenuta vaccinazione, previo contatto telefonico con il proprietario/custode dell'animale per appuntamento.

Il sottoscritto è informato che le sopra indicate prescrizioni, qualora non prefigurino più grave reato, saranno punite ai sensi di legge.

Per accettazione

Il veterinario ufficiale

Il custode.....

Il proprietario.....



## Спостереження за тваринами в домашніх умовах, з метою профілактики сказу собак/котів/домашніх тхорів і т.і., завезених з України.

Цим документом тварина підлягає медичному контролю за місцем проживання його власника (ІП). \_\_\_\_\_

собака /кіт/ тхір домашній ідентифікований за допомогою мікрочіпа \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

власник \_\_\_\_\_,  
громадянин(ка)що проживає по вулиці \_\_\_\_\_.

дата в'їзду в Італію \_\_\_\_\_

Ідентифікаційний документ \_\_\_\_\_ медична картка STP видана AUSL ( місцева компанія охорони здоров'я) № \_\_\_\_\_

Власник тварини(ІП) \_\_\_\_\_  
народився(д.н) \_\_\_\_\_ в(країна) \_\_\_\_\_ та проживає у (місцева адреса) \_\_\_\_\_ документ, що підтверджує особу № \_\_\_\_\_.

Власник заявляє, що тварина не кусала людей або тварин протягом попередніх 10 днів.

Доглядач/власник зобов'язується:

- тримати тварину під суворою охороною під власну відповідальність, та подалі від будь-яких контактів з людьми чи тваринами;
- не змінювати місце знаходження, стежити за тим, щоб вона не вкусила, не загинула і не загубилася;
- зареєструвати до органу охорони здоров'я для відвідувань і перевірок, необхідних для спостереження;
- негайно доповісти ветеринарному персоналу ASL \_\_\_\_\_, за номерами \_\_\_\_\_, про будь-яку аномалію в поведінці або стані здоров'я тварини, а також будь-яку втрату, крадіжку, випадки укусу людей чи тварин, смерть або втечу;
- забороняється продавати або передавати тварину;
- завчасно та своєчасно повідомляти про будь-які зміни місця проживання на номер телефону \_\_\_\_\_.

Очікувана тривалість ізоляції – 6 місяців, починаючи з моменту завезення тварини в Італію.

У разі сприятливого результату поствакцинального тесту на наявність антитіл проти сказу термін ізоляції може бути скорочений до 3 місяців від дати забору крові тварини. Забір крові буде зроблено ветеринарним персоналом ASL принаймні через 30 днів після дати вакцинації, після телефонного зв'язку з власником/утримувачем тварини за попереднім записом.

Я (ІП) \_\_\_\_\_, власник тварин(ни), попереджений, що в разі порушення вище вказаних вимог буду притягнутий до відповідно до закону.

Опікун \_\_\_\_\_

Власник \_\_\_\_\_

Ветеринар \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAZIONE TRAMITE MICROCHIP, PROFILASSI ANTIRABBICA E TEST DI TITOLAZIONE DEGLI ANTICORPI PER LA RABBIA A CURA DEL SERVIZIO VETERINARIO DELL'AUSL DI .....**

<b>IDENTIFICAZIONE DELL'ANIMALE (specie)</b> _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <i>APPORRE FUSTELLA ADESIVA CON CODICE A BARRE DEL MICROCHIP</i> </div>
N. Microchip: _____ data di applicazione..... di proprietà di _____ domiciliato in comune di _____ via _____ tel./cell. _____ Firma e timbro del veterinario _____
<b>VACCINAZIONE ANTIRABBICA</b>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <i>FUSTELLA ADESIVA DEL VACCINO</i> </div>
Fabbricante e nome del vaccino: _____ n. lotto _____ Data vaccinazione _____ valida fino al _____ Firma e timbro del veterinario _____
<b>ESAME DELLA TITOLAZIONE DEGLI ANTICORPI PER LA RABBIA</b>
il livello di anticorpi neutralizzanti come risposta alla vaccinazione antirabbica è di: _____ UI/ml sul campione di siero prelevato in data _____ Firma e timbro del veterinario _____

**IDENTIFICAZIONE TRAMITE MICROCHIP, PROFILASSI ANTIRABBICA E TEST DI TITOLAZIONE DEGLI ANTICORPI PER LA RABBIA A CURA DEL SERVIZIO VETERINARIO DELL'AUSL DI .....**

<b>ІНДИФІКАЦІЯ ТВАРИНИ (вид) _____</b>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;"><i>APPORRE FUSTELLA ADESIVA CON CODICE A BARRE DEL MICROCHIP</i></div>	
Номер мікрочіпа: _____	дата введення _____
належить _____	
Що проживає _____	вул. _____ тел. _____
Підпис та печатка ветеринара _____	
<b>ВАКЦИНАЦІЯ ВІД СКАЗУ</b>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;"><i>FUSTELLA ADESIVA DEL VACCINO</i></div>	
ВИРОБНИК ТА НАЗВА ВАКЦИНИ: _____ номер партії _____	
Дата вакцинації _____ термін дії _____	
Підпис та печатка ветеринара _____	
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ НА НАЯВНІСТЬ АНТИТІЛ ВІД СКАЗУ</b>	
рівень нейтралізуючих антитіл у відповідь на вакцинацію проти сказу становить: _____	
МО/мл	
на зразку взятої сироватки _____	
підпис та печатка ветеринара _____	