## RNRT: DATI OBBLIGATORI PER IL VETRINARIO
**(secondo il modello previsto nell'allegato III D.lgs 193/2006)**

nome e cognome del medico;
indirizzo del medico;
ASL di residenza del medico;
n. di iscrizione all'albo

proprietario dell'animale (nome e cognome);
Indirizzo dell'allevamento degli animali

**codice di allevamento ove previsto**

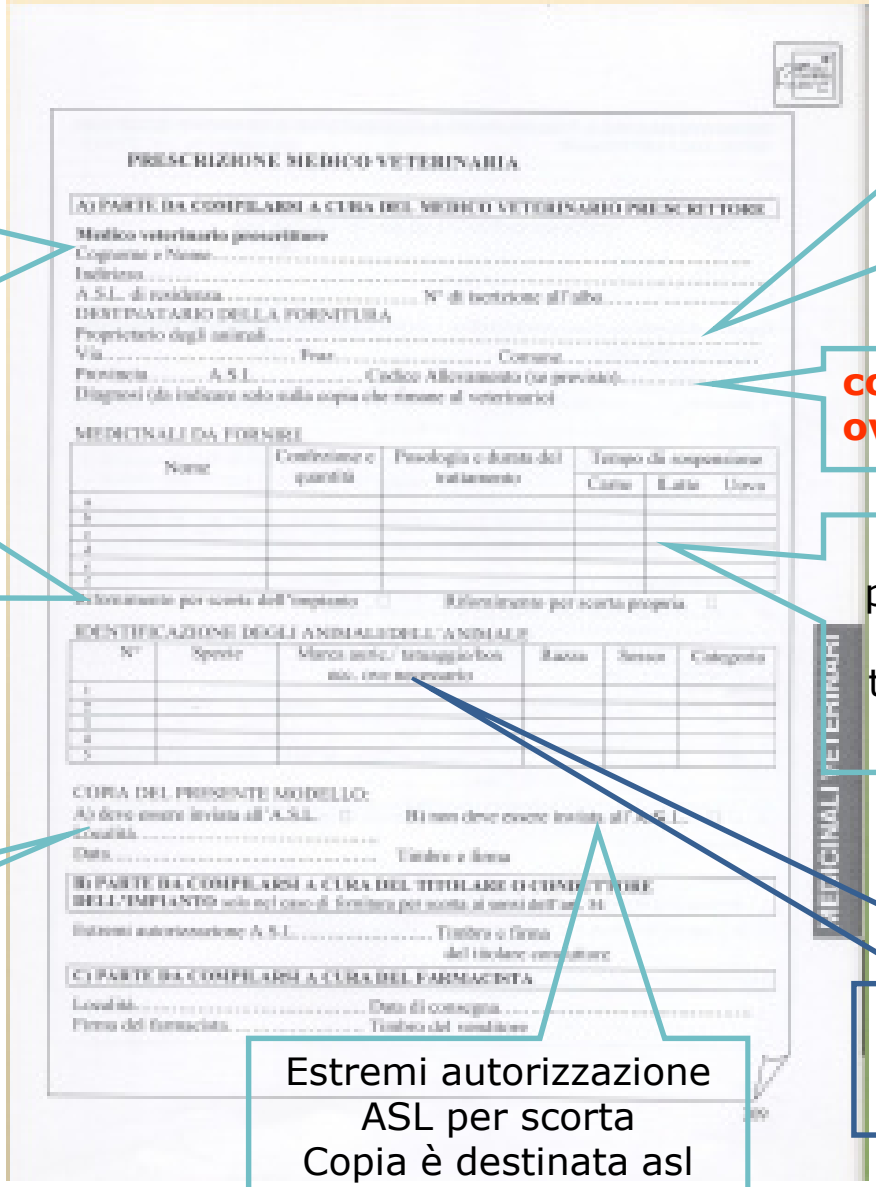
indicare, barrando le caselle se il farmaco o i farmaci sono per scorta di impianto o per scorta propria

nome del farmaco;
posologia e durata del trattamento;
tempo di sospensione ove previsto;

timbro; data di redazione; firma del medico prescrittore.

Identificare gli animali ai quali è destinato

Estremi autorizzazione ASL per scorta
Copia è destinata asl


PRESCRIZIONE MEDICO VETERINARIA

A) PARTE DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO VETERINARIO PRESCRITTORE

Medico veterinario prescrittore

Cognome e Nome

Indirizzo

A.S.L. di residenza ... N° di iscrizione all'albo

DESTINATARIO DELLA FORNITURA

Proprietario degli animali

Via ... Prov. ... Comune

Provincia ... A.S.L. ... Codice Allevamento (se previsto)

Diagnosi (da indicare solo sulla copia che rimane al veterinario)

MEDICINALI DA FORNIRE

| Nome | Confezione e quantità | Posologia e durata del trattamento | Tempo di sospensione | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Carne | Latte | Uova |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |

Fornitura per scorta dell'impianto ☐ Fornitura per scorta propria ☐

IDENTIFICAZIONE DEGLI ANIMALI DELL'ANIMALE

| N° | Specie | Marca auric./ tatuaggio/bolo ecc. (ove necessario) | Razza | Sesso | Categoria |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

COPIA DEL PRESENTE MODELLO:

A) deve essere inviata all'A.S.L. ☐ B) non deve essere inviata all'A.S.L. ☐

Località

Data ... Timbro e firma

B) PARTE DA COMPILARSI A CURA DEL TITOLARE O CONDUTTORE DELL'IMPIANTO solo nel caso di fornitura per scorta ai sensi dell'art. 34

Estremi autorizzazione A.S.L. ... Timbro e firma del titolare o conduttore

C) PARTE DA COMPILARSI A CURA DEL FARMACISTA

Località ... Data di consegna

Firma del farmacista ... Timbro del rivenditore

MEDICINALI VETERINARI