

ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO  
DIPARTIMENTO VETERINARIO e SICUREZZA DEGLI  
ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE  
SEDE: DISTRETTO VETERINARIO.....

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

titolare dell'Ambulatorio Veterinario \_\_\_\_\_

sito in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

informa che in data \_\_\_\_\_ ha verificato la presenza di un caso accertato /  
sospetto di \_\_\_\_\_ (malattia zoonosica).

Modalità di diagnosi: Laboratorio: \_\_\_\_\_

Test: \_\_\_\_\_

Valutazione clinica: \_\_\_\_\_

Specie animale	proprietario	Indirizzo e n° telefono

In base ai dati anamnestici rilevati dal proprietario l'animale proviene  
da \_\_\_\_\_

Osservazioni del Veterinario curante, terapia effettuata e precauzioni adottate per impedire  
la trasmissione della malattia alle persone che convivono con l'animale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Veterinario curante \_\_\_\_\_

**Ai sensi del Dlgs 193/2006 a tutela della privacy, si informa che i dati contenuti nel presente documento verranno raccolti e utilizzati esclusivamente all'interno dell'ATS Città Metropolitana di Milano e solo a scopi puramente di indagine epidemiologica e/o statistici.**