



Spett.le
ASSOCIAZIONE PALIO DELLE CONTRADE
CITTA' DI FUCECCHIO



XXXIX PALIO DELLE CONTRADE
AUTODICHIARAZIONE DI TRATTAMENTO TERAPEUTICO DA PARTE DEL PROPRIETARIO O TENUTARIO

modulo da compilarsi esclusivamente in caso di somministrazione di trattamenti farmacologici

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI ESEGUITI NELLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI LA PREVISITA DEL 14.05.2019:

PROPRIETARIO/RESPONSABILE: _____

CAVALLO: _____ N° MICROCHIP: _____

DATA	DIAGNOSI	FARMACO	DURATA gg

Allegare copia eventuale prescrizione medico-veterinaria

Fucecchio, _____

In fede
