

**CERTIFICATO DI IDONEITA' PER L'ATTIVITA' SPORTIVA
DEL CAVALLO ATLETA**

Data / /

(ai sensi del D.Lgs. 28 febbraio 2021 nr. 36 e ss. mm.)

Identificazione

Nome dell'equide: _____

N° Microchip Transponder:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Unico (UELN) N°:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° del documento identificativo dell'animale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identificazione del medico veterinario

Nome e cognome _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iscritto all'ordine di: _____ N°: _____

Operatore responsabile del cavallo che ha richiesto la visita e fornito i dati di cui all'allegato 2

Nome e cognome _____ nato a _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

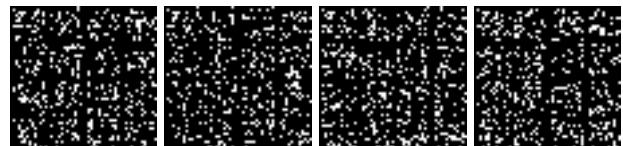
Destinazione all'attività agonistica dell'equide SI NO;

Principali attività sportive nelle quali l'equide è impiegato _____

Il cavallo atleta esaminato è ritenuto idoneo all'attività sportiva. Il presente certificato, emesso sulla base delle attuali condizioni di salute del cavallo, ha la validità di mesi _____ (max 12 mesi) a partire dalla data odierna.

Eventuali note e/o prescrizioni (inserire ad es. eventuali limitazioni di cui all'art. 3, comma 6 del D.M.):

Timbro e firma leggibili del medico veterinario:



SCHEMA DI VALUTAZIONE MEDICO VETERINARIA

DATI DA REGISTRARE

Identificazione:

Nome dell'equide:

Anno di nascita:

Nº Microchip Transponder:

Codice Unico (UELN) N°:

10 of 10

N° del documento identificativo dell'animale:

Dati forniti dall'operatore responsabile del cavallo, o da un suo incaricato, sotto la propria responsabilità

Il sig. _____ nato a _____ il _____

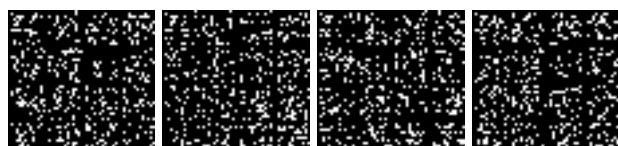
dichiara in merito al suindicato cavallo che (Anamnesi):

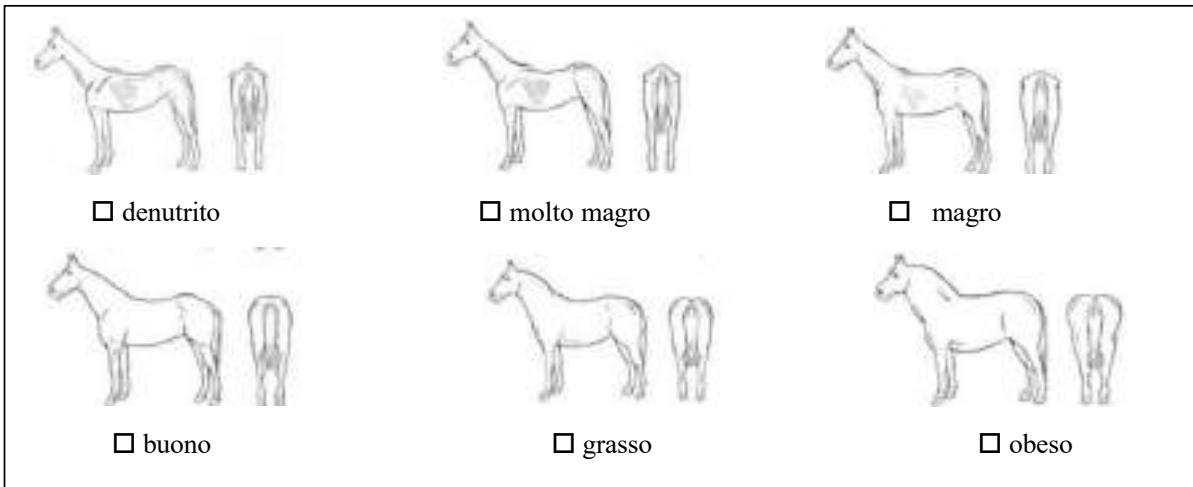
Comunica

pregressi interventi chirurgici e/o patologie □ NO □ NON disponibile □ SI quali: _____

eventuali vizi o alterazioni comportamentali NO NON disponibile SI quali: _____

Eventuali note:



Stato di nutrizione

Sviluppo scheletrico e costituzione: buono accettabile scadente
Eventuali note:

Apparato cutaneo e annessi:

Presenza di lesioni o alterazioni: [] SI' [] NO

Se SI', quali: _____

Eventuali note: _____

Apparato nervoso e stato del sensorio: normale alterato

Eventuali note: _____

Apparato Respiratorio

Frequenza Respiratoria a riposo: _____

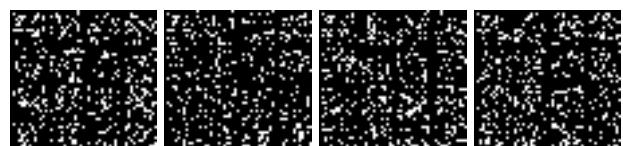
Presenza di sintomatologia respiratoria: NO SI

Eventuali note: _____

Apparato Cardiovascolare

Frequenza cardiaca a riposo: _____

Mucose apparenti: nella norma pallide congeste itteriche



Eventuali note: _____

Apparato locomotore

Valutazione dello zoccolo

nella norma

Presenza di lesioni o alterazioni: [] SI' [] NO

Se SI', quali: _____

Ferratura

Sì (solo anteriori) NO

Andatura al passo in dirittura:

nella norma zoppia di grado: su 5 gradi

Andatura al trotto in dirittura:

nella norma zoppia di grado: su 5 gradi

Eventuali note: _____

Eventuali referti specialistici prodotti dall'operatore utili ad integrare la valutazione clinica: _____

Eventuali note e /o prescrizioni.

Esito della visita di idoneità sportiva effettuata in data ____/____/_____

Idoneo Non idoneo Idoneo con le seguenti limitazioni

La raccolta dei dati è basata sugli esiti degli esami e delle valutazioni effettuate secondo le informazioni e le condizioni presentate al momento della visita. Il sottoscritto medico veterinario non è responsabile per eventuali alterazioni dei risultati dovuti a informazioni mendaci o all'impiego di sostanze o farmaci non dichiarati al momento dell'esame.

Timbro e firma leggibili del medico veterinario esaminatore:

