

Consejo Profesional de Médicos Veterinarios

LEY NACIONAL 14072

MAIPU 746 - 4º Frente - 1006 BUENOS AIRES

Tel. 4322-2494 - Tel/Fax: 4326-7230

E-mail: cpmv@medvet.com.ar

ACTA DE EUTANASIA

Por la presente, el/la Señor/a _____

Tipo y Nº doc. de identidad _____

Domicilio _____ Nº _____

Localidad _____ C.P. _____

Teléfonos _____

Datos del animal _____ Nombre _____

Especie _____ Raza _____

Sexo _____ Edad _____ Pelaje _____

Autoriza al suscripto Dr./Dra. _____

M.P (CPMV Ley Nacional 14072)

a practicar la EUTANASIA del animal mencionado de conformidad con la técnica profesional habitual

lo cual justifica plenamente la medida a adoptarse.

El dueño del animal declara bajo juramento que el animal a sacrificarse no ha mordido por un lapso no menor a los diez días precedentes a la firma del presente, haciéndole saber que en caso de falsedad u ocultación de dichas circunstancias será pasible de las sanciones que determine el art. 9º de la Ley 8056, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le pudiere corresponder (Art. 19/23 del Dec. 4669/76)

En prueba de conformidad se firma un solo ejemplar en la _____

Fecha _____

Firma del propietario y/o Tenedor Responsable

Aclaración de puño y letra _____

y DNI del propietario