

FORMATO SOLICITUD DE VACUNACIÓN

_____ a ____ de _____ de 2024

MVZ JUAN GAY GUTIÉRREZ
DIRECTOR GENERAL DE SALUD ANIMAL
PRESENTE

Por medio del presente, respetuosamente solicito de su apoyo para autorizar la adquisición y aplicación de vacuna contra Influenza Aviar H5N2 en la(s) siguiente(s) unidad(es) de producción avícola (UPA):

Nombre de la UPA	No. De Registro de la UPA	Ubicación (Dirección completa, no se acepta el término ubicación conocida)	Función Zootécnica	Capacidad instalada	Cantidad de aves a vacunar	Edad de las aves	Nombre y clave de autorización del MVRA	Nombre del Laboratorio y del biológico solicitado	Dosis solicitadas	No. De resultado de laboratorio y nombre del laboratorio emisor

Adicionalmente, envié en adjunto la siguiente documentación:

- Resultados negativos de influenza aviar mediante la prueba de PCR con una vigencia no mayor a siete días, expedidos por un laboratorio autorizado por el SENASICA.
- Formato del “Anexo 2. Registro de unidad de producción avícola bajo esquema de vacunación para influenza aviar” con el calendario de vacunación a utilizar durante los próximos seis meses firmado por el MVRA.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

FORMATO SOLICITUD DE VACUNACIÓN

Nombre y firma del Médico Veterinario

Responsable Autorizado en Aves

Correo electrónico:

Teléfono (fijo y móvil)