

PAESE**Modello POR-X**

II. Informazioni sanitarie	II.a. Numero di riferimento del certificato	II.b.
<p>Veterinario ufficiale</p> <p>Nome e cognome (in stampatello):</p> <p>Data:</p> <p>Timbro:</p> <p>Qualifica e titolo:</p> <p>Firma:</p>		

14CE1270

