



ESTADO DO ACRE
INSTITUTO DE DEFESA AGROPECUÁRIA E FLORESTAL DO ACRE – IDAF/ACRE

FICHA DE CADASTRO DE AGENTE VACINADOR CONTRA BRUCELOSE BOVINA – PNCEBT/AC

NOME: _____ CPF: _____

RG: _____ ORGÃO EXP: _____ TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO _____

DECLARO QUE PRESTO SERVIÇOS COMO AGENTE VACINADOR CONTRA BRUCELOSE BOVINA PARA O MÉDICO VETERINÁRIO, _____ CADASTRADO NO IDAF/AC SOB O Nº _____, E TENHO CONHECIMENTO DAS NORMAS VIGENTES DO **PNCEBT**.

Declaro que como Médico Veterinário cadastrado no PNCEBT estou ciente que a incluir agente vacinador no meu cadastro serei responsável pela vacinação e qualidade da vacinação realizada pelo agente vacinador. **A IN/SDA Nº 10, de 03/03/2017 no seu Art. 11., § 1º O médico veterinário cadastrado poderá incluir em seu cadastro vacinadores auxiliares, permanecendo com a responsabilidade técnica pela vacinação.**

Assinatura do Agente Vacinador

Assinatura, CRMV/AC nº e Cadastro do PNCEBT/AC nº

RECEBIMENTO:

Local e data	Assinatura e carimbo do funcionário do IDAF
--------------	---

1º Via UVL/IDAF

2º Via Méd. Vet. Cadastrado

3º Via Agente Vacinador