

Selezione Club Italiano Schnauzer & Pinscher - razza Schnauzer

NOOME: BROOKLYN DEWE ONDE NERE COI 21106106 RDI: 21106106

NATO: 09/04/21 COLORE: NERO Sesso: M F Taglia: G M X CHIP: 380260006451348

OCULOPATIE: ESENTE AFFETTO NON DEFINITO SOSPETTO TEST ECVO 18.02.2023

ALLEVATORE: CAZZANIGA MARIA NORIS PROPRIETARIO: CAZZANIGA MARIA NORIS

GIUDIZIO GENERALE

In tipo	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Armonia	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Impronta sessuale	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Ossatura	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Rapp. Arti/Tronco	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

MANTELLO

Colore	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Tessitura	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Lunghezza	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Pigmento	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Maschera (PS)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
Ampiezza banda (PS)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
Distribuz. colore (PS)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
Argento e focature	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C

TESTA

Rapp. Testa/Dorso	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Rapp. Cranio/Muso	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Parallelismo	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Stop	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Cranio:	
Conformazione	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Zigomi	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Occipite	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Bozze frontali	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Muso:	
Larghezza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Inserimento	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Occhio:	
Forma	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Posizione	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Colore	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Espressione	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Orecchie:	
Portamento	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Attaccatura	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

TRONCO

Collo:	
Lunghezza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Forma	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Inclinazione	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Tegumento	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Garrese	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Linea dorsale	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Linea inferiore	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Lombi	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Groppa:	
Lunghezza	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Inclinazione	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Coda:	
Inserimento	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Portamento	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Note _____

Torace:	
Sviluppo	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Profondità	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Larghezza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Sterno	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

ARTI E ANGOLAZIONI

Spalla (inclinazione)	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Rapp. scapolo omerale	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Gomiti	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Appiombi anteriori	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Avambraccio	
Metacarpo	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Piedi anteriori	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Coscia	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Tibia (proporzioni)	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Garretti	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Appiombi posteriori	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Angolazioni post.	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Armonia Ant./Post.	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

ANDATURA

Anteriore	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
Posteriore	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Laterale:	
Allungo	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Spinta	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Linea dorsale	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

CARATTERE E ATTITUDINI

Socievolezza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Equilibrio	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Temperamento	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Indiff. allo sparo	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Docilità	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
<i>- Solo per Giganti -</i>	
Reaz. alla minaccia	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
Qualità della presa	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C

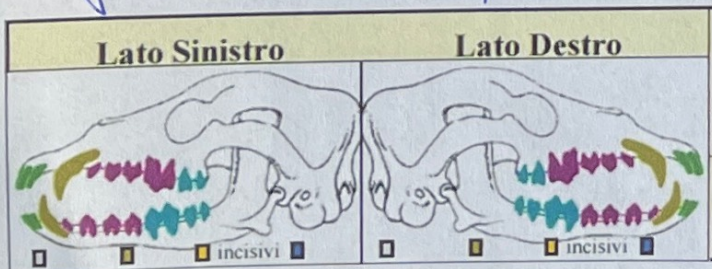
TSB: PR PS Ins

MISURAZIONI

Altezza al Garrese	33
Lunghezza Tronco A	33
Lunghezza Testa	16
Lunghezza Collo	15
Colore Occhi	1B
Larghezza Petto	12,5
Larghezza Cranio	2
Circonferenza Torace B	41
Indice corporale (A x 100 / B)	80
Peso	7,5

GIUDIZIO SINTETICO FINALE

Diff. blu per Temperamento - Femminile di giusta taglia testa importante - in voce bene -



Dentatura A B C

Chiusura A B C

ESITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> R
Morfologia	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B /
Carattere	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B /
HD	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
ED	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

GIUDICI SELEZIONATORI

P. P. P. Firma
Desiderio Firma
Ped. P. Firma

Luogo VILLERIE
 Data 18.03.2023