………………...…….…….. dn. …………..……………

…………………………………..….

…………………………………..….

…………………………………..….

PL ..……………………………..…

nr siedziby stada

tel. ……………….…………………

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Mińsku Mazowieckim

**Wniosek**

Zwracam się z prośbą o wydanie pozwolenia na przemieszczenie do rzeźni świń pochodzących z mojego gospodarstwa w miejscowości ………………………………………, nr siedziby stada PL …………...…………………………..., status stada w kierunku choroby Aujeszkyego ……………………………………………………, w maksymalnej ilość ……… szt.,

- kategoria wiekowa: prosiak / warchlak / tucznik / locha / knur, \*

- oznakowane ….……………………………….……………………………………….....................

……………….………………………………………………………………………………………………

(ile sztuk - jakim numerem)

do rzeźni …………………………………………………………………………………………………. ....…………………………………………………………………………………………………………… w powiecie ………………………………… nr siedziby stada PL ………………………………..., nr WNI ………………… Przemieszczenie bezpośrednio do rzeźni/Przemieszczenie przez miejsce zgromadzenia zwierząt w …………………………………………………………………...

Planowana data przemieszczenia ………………………………

Obecnie w gospodarstwie znajduje się …………….. szt. świń w …… budynkach

Jednocześnie oświadczam, że:

1. świnie przebywały w moim gospodarstwie co najmniej 30 dni poprzedzających przemieszczenie lub od dnia urodzenia \*
2. pochodzą z gospodarstwa w którym świnie są utrzymywane w zamkniętych pomieszczeniach
3. materiał wykorzystywany jako ściółka, w których utrzymywane są świnie jest zabezpieczony przed dostępem dzików
4. świnie chore są utrzymywane w sposób wykluczający kontakt ze świniami zdrowymi (izolatka)
5. czynności związane z obsługą świń są wykonywane przez osoby nieuczestniczące w polowaniach na zwierzęta łowne lub odłowach takich zwierząt, chyba że od zakończenia takiego polowania lub odłowu minęły 72 godziny.
6. Gospodarstwo posiada zabezpieczenie p/epizootyczne (maty przed wjazdami i wejściami do gospodarstwa i pomieszczeń w których przetrzymywane są świnie oraz przed wyjazdami i wyjściami). Zapewniono utrzymywanie mat w stanie zapewniającym utrzymanie skuteczności działania środka dezynfekcyjnego.

……………….……………..

podpis

\*Niepotrzebne skreślić