*………………………* ……………………, dnia ……………………2025 r. *……………………..*

*…………………….* **Powiatowy Lekarz Weterynarii w Wejherowie** (imię, nazwisko, adres) **ul. Chopina 11**

**84-200 Wejherowo**

**WNIOSEK** (o przemieszczenie świń do rzeźni)

Zwracam się z prośbą o pozwolenie na przemieszczenie świń do rzeźni w dniu ***………………..2025 r***. z gospodarstwa położonego na **obszarze objętym ograniczeniami II**, w związku z wymaganiami ASF, należącego do:

Pana/i: ***……..***

Adres siedziby stada: ***………….***

Nr telefonu: ***…………..***

Numer siedziby stada: ***…………….***

Świń oznakowanych kolczykiem/ ~~tatuażem~~ \* nr ***…………………*** w ilości: …………..***szt***. *(słownie:………………………. sztuk)*

Kategoria wiekowa: prosiak/warchlak/tucznik/locha/knur\*

Przemieszczenie odbędzie się do rzeźni położonej na ~~ooo I~~/~~ooo II/ooo III/~~obszar bez ograniczeń\*.

Przez punkt zgromadzenia (punkt przeładunku, jeśli dotyczy): *nie dotyczy*

Nazwa, adres i WNI rzeźni: ***Zakłady Mięsne SKIBA S.A. Oddział Ubojnia Trzody Chlewnej w Chojnicach, 89-600 Chojnice ul. Droga do Igieł 2, WNI PL22023801, numer siedziby stada: 071879153-001***

*Jednocześnie oświadczam, że:*

*l. Świnie przebywały w moim gospodarstwie, co najmniej 30 dni poprzedzających przemieszczenie lub od dnia urodzenia;*

*2. Świnie pochodzą, z gospodarstwa, w którym świnie są utrzymywane w zamkniętych pomieszczeniach;*

*3. Materiał wykorzystywany jako ściółka, na której są utrzymywane świnie jest zabezpieczony przed dostępem dzików;*

*4. Świnie zdrowe są utrzymywane w sposób wykluczający kontakt ze świniami chorymi - izolatka;*

*5. Czynności związane z obsługą świń są wykonywane przez osoby nieuczestniczące w polowaniach na zwierzęta łowne lub odławiania*

*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 wyjazdami i wyjściami). Zapewniono utrzymanie mat w stanie zapewniającym utrzymanie*

*skuteczności działania środka dezynfekcyjnego.*

*7. Zgłaszam wszystkie upadki świń w gospodarstwie do PLW w Wejherowie oraz do ARiMR w przeciągu 48 godzin od zdarzenia.*

Zgodę chcę otrzymać:

- osobiście\*

- na moją/lek.wet.\* skrzynkę e-mail/: ……………………………… (wpisać czytelnie) \*

………….……………………………………….

(czytelny podpis wnioskującego)

WARUNKIEM OTRZYMANIA POZWOLENIA JEST SPEŁNIENIE WSZYSTKICH WYMAGAŃ ZGODNIE Z PRZEPISAMI OBOWIĄZUJACEGO PRAWA UE I KRAJOWEGO W PRZEDMIOTOWYM ZAKRESIE ORAZ POPRAWNIE WYPEŁNINY WNIOSEK

**Powiatowy Inspektorat Weterynarii** Wejherowo, dnia *……………………..2025 r.*

**Ul. Chopina 11, 84-200 Wejherowo**

**tel./fax 58 672-18-60, 58 677-09-71**

**NIP 588-18-32-765, Regon 191703331**

**POZWOLENIE** (na przemieszczenie świń)

**POWIATOWY LEKARZ WETREYNARII W WEJHEROWIE WYRAŻA ZGODĘ1/NIE WYRAŻA ZGODY**\*

Na powyższe przemieszczenie

* świnie utrzymywane na obszarze objętym ograniczeniami II przy zastosowaniu środków szczególnych w zakresie zwalczania chorób w odniesieniu do afrykańskiego pomoru świń ustanowionych w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2023/594, albo
* świnie utrzymywane na obszarze objętym ograniczeniami II bez zastosowania szczególnych środków zwalczania afrykańskiego pomoru świń w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2023/594,
  + zostały zbadane w kierunku ASF: data pobrania próbek do badań .........................................................

nr sprawozdania z badania ........................................................... z dnia …………………………………….

* + nie zostały zbadane w kierunku ASF.

Zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 24 kwietnia 2024 r. w sprawie środków podejmowanych w związku z wystąpieniem afrykańskiego pomoru świń (Dz.U. z 2024 r., poz. 677) warunkiem przemieszczenia jest zaopatrzenie świń w świadectwo zdrowia, wystawione przez urzędowego lekarza weterynarii na podstawie badania klinicznego świń przeprowadzonego nie wcześniej niż 24 godziny przed przemieszczeniem tych świń.

…………………………………………………………………………

(data i podpis powiatowego lekarza weterynarii)

*1 Na zasadzie odstępstwa od zakazu przewidzianego w art. 9 ust. 1 oraz zgodnie z art. 23 Rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) 2023/594 z dnia 16 marca 2023 roku ustanawiającego szczególne środki w zakresie zwalczania chorób w odniesieniu do afrykańskiego pomoru świń oraz uchylające rozporządzenie wykonawcze (UE) 2021/605, po przeprowadzeniu analizy ryzyka, uwzględniając wniosek Strony.*

*\*niepotrzebne skreślić*