.………………………………….., ……………………………
 *(miejscowość) (data)*

……………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………

 *(Nazwa lub imię i nazwisko)*

 ……………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………

 *(adres)*

 ……………………………………………………………………

 *(Numer siedziby stada)*

……………………………………………………………………
 *(nr telefonu)*

……………………………………………………………………
 *(adres e-mail)*

***Powiatowy Lekarz
Weterynarii w Wejherowie***

WNIOSEK STREFA RÓŻOWA

Zwracam się z prośbą o wydanie pozwolenia na przemieszczenie do rzeźni świń pochodzących z siedziby stada
nr PL……………………………………………………………, w maksymalnej ilości …………. szt.,

* kategoria wiekowa: prosiak / warchlak / tucznik / locha / knur \*
* Przemieszczenie bezpośrednio do rzeźni……………………………..……… w powiecie…………………..………
* Transport własny Transport rzeźni
* Przemieszczenie przez miejsce zgromadzenia zwierząt w…………………………………………
w powiecie…………………………………
* Do gospodarstwa (dane kupującego): …………………………………..…..………………………………....…………
nr siedziby stada PL ……………………………………………………………………………….....,
* **Planowana data przemieszczenia ………………………………………..**

W gospodarstwie znajdują się w sztukach:

\* Prosiaki……., \* Warchlaki……., \* Tuczniki……., \* Lochy……., \* Knury……, \* Łącznie……szt.

W …….. budynku/ach na ściółce / rusztach

Jednocześnie oświadczam, że:

1. świnie przebywały w moim gospodarstwie co najmniej 30 dni poprzedzających przemieszczenie lub od dnia urodzenia;
2. materiał wykorzystywany jako ściółka, w których utrzymywane są świnie jest zabezpieczony przed dostępem dzików;
3. świnie chore są utrzymywane w sposób wykluczający kontakt ze świniami zdrowymi (izolatka);
4. 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;
5. 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.

………………………………………………………………

Data i podpis

Wyrażam zgodę na przesłanie zgody na adres email lekarza, który będzie wystawiał świadectwo w gospodarstwie.

Imię i nazwisko lekarza…………………………………………………….

………………………………………………………………

Data i podpis