|  |
| --- |
|  **INFORMACJE O WYSYŁCE** |
| **Numer siedziby stada** |  |
| **Czy do stada w okresie ostatnich 30 dni były przemieszczane zwierzęta ?** □ Tak □ Nie  |
| **Liczba przemieszczanych zwierząt**  | sztuk:  | z budynku numer:  |
| **Oznakowanie zwierząt**  |   |
| **Planowana data przemieszczenia** |  |
| **Siedziba stada spełnia wymogi w zakresie ogrodzeń oraz planu bezpieczeństwa biologicznego** | □ТАК □ NIE  |
| **Dane dotyczące siedziby stada** | liczba zwierząt w stadzie sztuk:  liczba budynków sztuk:  |
| **PRZEMIESZCZENIE DO RZEZNI** |
| **Nazwa rzeźni** |  |
| **Adres rzeźni** |  |
| **WNI rzeźni** |  |
| **Rodzaj Przemieszczenia** | □ BEZPOŚREDNIO DO RZEŹNI | □ PRZEZ MIEJSCE ZGROMADZENIAAdres………………………………………………………………………………. |
| **Lokalizacja rzeźni** | Strefa : □ NIEBIESKA I □ RÓŻOWA II □ CZERWONA III |
| **PRZEMIESZCZENIE DO STADA** |
| **Numer siedziby stada** |  |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Adres** |  |
| **Lokalizacja miejsca przeznaczenia** | Strefa : □ NIEBIESKA I □ RÓŻOWA II □ CZERWONA III |
| **Status stada wysyłającego** | □ urzędowo wolny od choroby Aujeszkyego □ inny |
| **Status stada odbiorcy** | □ urzędowo wolny od choroby Aujeszkyego □ inny |

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

 Imię i Nazwisko właściciela zwierząt

**Powiatowy Lekarz Weterynarii w Puławach**

…………………………………………………………………………….……………….

 Adres.

Telefon………………………………………………………………………………..

email………………………….………………………………………………………….

WNIOSEK O PRZEMIESZCZENIE ŚWIŃ

 □ ze stada do rzeźni □ ze stada do stada

|  |
| --- |
| **W ciągu ostatnich 15 dni w gospodarstwie stwierdzono:** |
| Poronienia | □ТАК | □ NIE |
| Podwyższoną liczbę padnięć świń | □ТАК | □ NIE |
| Spadek spożycia paszy | □ТАК | □ NIE |
| Zwierzęta z podwyższoną temperaturą wewn. ciała | □ТАК | □ NIE |
| Objawy mogące wskazywać na ASF | □ТАК | □ NIE |
| Objawy innej niezdiagnozowanej choroby | □ТАК | □ NIE |

|  |
| --- |
| **Opis trasy przejazdu lub załącznik graficzny (mapka)** |
|  |

…………………………………………………………………………………………

 Czytelny podpis wnioskodawcy