……………………………….., dnia ………………………….

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Opolu Lubelskim**

**WNIOSEK**

*o wyznaczenie do czynności o których mowa w art. 16 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ja* | |  | | | |
| imię i nazwisko | | | | | |
| zamieszkały | | |  | | |
| adres | | | | | |
| Niniejszym zgłaszam gotowość do wykonywania czynności w 2019r. w zakresie: | | | | | |
|  | szczepień ochronnych lub badań rozpoznawczych | | |  | badania zwierząt umieszczanych na rynku, przeznaczonych do wywozu oraz wystawiania świadectw zdrowia |
|  | sprawowania nadzoru nad miejscami gromadzenia, skupu lub sprzedaży zwierząt, targowiskami oraz wystawami, pokazami lub konkursami zwierząt | | |  | badania mięsa zwierząt rzeźnych na terenie gospodarstwa przeznaczonego na użytek własny, badania mięsa zwierząt łownych po ich odstrzeleniu przeznaczonego na użytek własny |
|  | sprawowania nadzoru nad ubojem zwierząt rzeźnych, w tym badania przedubojowego i poubojowego, oceny mięsa i nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o ochronie zwierząt w trakcie uboju oraz pobierania próbek | | |  | badania laboratoryjnego mięsa na obecność włośni |
|  | sprawowania nadzoru nad rozbiorem, przetwórstwem lub przechowywaniem mięsa i wystawiania wymaganych świadectw zdrowia | | |  | Wykonywania czynności pomocniczych w zakresie poskramiania świń i prowadzenia dokumentacji w związku z realizacją programu zwalczania i monitorowania choroby Aujeszkyego u świń |
|  | Pobierania próbek do badań | | |  |  |

zaznaczyć odpowiednie pole X

1. **Dotychczasowe doświadczenie w zakresie wnioskowanego wyznaczenia**
2. **Wykonywane aktualnie zajęcia z tytułu wykonywania praktyki własnej, umowy o pracę lub umów cywilnoprawnych (w tym umów z wyznaczenia przez PLW)**
3. **Załączniki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dyplom lekarza weterynarii nr …… |  | Prawo do wykonywania zawodu lekarza weterynarii nr |
|  | Zaświadczenie o wymaganym stażu pracy\* |  | Zaświadczenie o wymaganej praktyce**\*** |
|  | Zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych |  | Zaświadczenie o szkoleniu w zakresie badania w kierunku włośni |
|  | Aktualne badanie okulistyczne |  | Dyplom specjalisty w zakresie …… |
|  | Zaświadczenie o szkoleniu w zakresie normy PN-EN ISO/IEC/17025 |  | inne: …… |
|  | Tytuł ubezpieczeń społecznych |  |  |

zaznaczyć odpowiednie pole X

1. **Informacje dodatkowe (wypełnia PIW)**

podpis wnioskującego: ……………………………………………