………………………………………………..dn. ……………………………………….

………………………………………………………..

………………………………………………………..

………………………………………………………..

 dane i adres wnioskodawcy

PL……………………………………………………

 nr siedziby stada

tel. ……………………………………………………

 Powiatowy Lekarz Weterynarii

 w Puławach

**Wniosek**

Zwracam się z prośbą o wydanie pozwolenia na przemieszczenie świń do

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

(nazwa i adres)

Nr siedziby stada …………………………………………………….w powiecie ………………………………………………………..

w maksymalnej ilości …………… szt. oznakowanych numerem ………………………………………….

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. w okresie 30 dni bezpośrednio poprzedzających przemieszczenie żadna świnia nie została wprowadzona do tego gospodarstwa z gospodarstw położonych na obszarach wymienionych w części II, III i IV załącznika do decyzji Komisji 2014/709/UE
3. pochodzą z gospodarstwa, w którym świnie utrzymywane są w zamkniętych pomieszczeniach
4. materiał wykorzystywany jako ściółka, w których utrzymywane są świnie jest zabezpieczony przed dostępem dzików
5. świnie chore są utrzymywane w sposób wykluczający kontakt ze świniami zdrowymi (izolatka)
6. 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
7. gospodarstwo posiada zabezpieczenie p/epizootyczne (maty przed wjazdami i wejściami do gospodarstwa i pomieszczeń, w których utrzymywane są świnie oraz przed wyjazdami i wyjściami). Zapewniono utrzymywanie mat w stanie zapewniającym utrzymanie skuteczności działania środka dezynfekcyjnego.

…………………………………

 podpis

\*niepotrzebne skreślić