

..... dn.

.....
.....
.....

PL
nr siedziby stada

tel.

**Powiatowy Lekarz Weterynarii
w Pabianicach**

Wniosek

Zwracam się z prośbą o wydanie pozwolenia na przemieszczenie do rzeźni świń pochodzących z mojego gospodarstwa w miejscowości, nr siedziby stada PL, status stada w kierunku choroby Aujeszky'ego, w maksymalnej ilości szt.,

- kategoria wiekowa: prosiak / warchlak / tucznik / locha / knur, *

- oznakowane

(ile sztuk - jakim numerem)

do rzeźni

w powiecie nr siedziby stada PL

nr WNI Przemieszczenie bezpośrednio do rzeźni/Przemieszczenie przez miejsce zgromadzenia zwierząt w

Planowana data przemieszczenia

Obecnie w gospodarstwie znajduje się szt. świń w budynkach

w budynku nr 1 znajduje się w szt.: prosiaki, warchlaki, tuczniaki, lochy, knury,*

w budynku nr znajduje się w szt.: prosiaki, warchlaki, tuczniaki, lochy, knury,*

w budynku nr znajduje się w szt.: prosiaki, warchlaki, tuczniaki, lochy, knury,*

w budynku nr 1 zwierzęta są utrzymywane na ściółce / rusztach*

w budynku nr zwierzęta są utrzymywane na ściółce / rusztach*

w budynku nr zwierzęta są utrzymywane na ściółce / rusztach*

Jednocześnie oświadczam, że:

1. świnię przebywały w moim gospodarstwie co najmniej 30 dni poprzedzających przemieszczenie lub od dnia urodzenia *
2. pochodzą z gospodarstwa w którym świnię są utrzymywane w zamkniętych pomieszczeniach
3. materiał wykorzystywany jako ściółka, w których utrzymywane są świnię jest zabezpieczony przed dostępem dzików
4. świnię chore są utrzymywane w sposób wykluczający kontakt ze świnię zdrowymi (izolatka)
5. 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.
6. Gospodarstwo posiada zabezpieczenie p/epizootyczne (maty przed wjazdami i wejściami do gospodarstwa i pomieszczeń w których przetrzymywane są świnię oraz przed wyjazdami i wyjściami). Zapewniono utrzymywanie mat w stanie zapewniającym utrzymanie skuteczności działania środka dezynfekcyjnego.

.....

podpis

*Niepotrzebne skreślić