Strzelce Opolskie, dn. ..........................

Imię: ……………………………………………..…

Nazwisko: …………………………………….….. **Powiatowy Lekarz Weterynarii**

Adres zam.: ………………………………….…….

………………………………………………….….. Tel.: …………………………………………….

E-mail: …………………………………………

**w Strzelcach Opolskich**

**ul. 1 Maja 59**

**47-100 Strzelce Opolskie**

**Wniosek o pozwolenie na przemieszczenie świń**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O WYSYŁCE** |
| **Adres siedziby stada** |  |
|  **Numer siedziby stada** |  |
| **Liczba przemieszczanych zwierząt****i nr budynku** | **sztuk:** | **z budynku numer:** |
| **Oznakowanie zwierząt numer** | **□ kolczyk nr:** | * **tatuaż nr:**
* **inny:**
 |
| **Planowana data przemieszczenia** |  |
| **Gospodarstwo spełnia wymogi****rozporządzenia (UE) 2023/594** | * **TAK □ NIE**
 |
| **Dane dotyczące stada trzody chlewnej, z którego mają być przemieszczone świnie** | **LICZBA ZWIERZĄT W STADZIE sztuk: LICZBA BUDYNKÓW:** |
| **Łączna liczba zwierząt w budynku, z którego mają być****przemieszczane świnie****…** **szt.** |
| **Lokalizacja miejsca wysyłki:****Strefa:** | * **NIEBIESKA I**
 | * **RÓŻOWA II**
 | * **CZERWONA III**
 |
| **Numer siedziby stada i/lub WNI odbiorcy/rzeźni \*\*** |  |
| **Imię i nazwisko odbiorcy****świń/nazwa rzeźni \*\*** |  |
| **Adres** |  | **Powiat:** |  |
| **Lokalizacja gospodarstwa przez-****naczenia/rzeźni \*\* Strefa:** | * **BIAŁA**

**(WOLNA)** | * **NIEBIESKA**

**I** | * **RÓŻOWA**

**II** | * **CZERWONA**

**III** |

………………………….………………………

*/czytelny podpis*/

\*\* wykreślić niewłaściwe

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE HODOWCY** |
|  | **Oświadczam, że ciągu 15 ostatnich dni w****gospodarstwie nie stwierdzono:** |  **WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ**  **W KÓŁKO** |
| **TAK** | **NIE** |
| 1 | poronień | **Stwierdzono** | **Nie stwierdzono** |
| 2 | padnięć świń | **Stwierdzono** | **Nie****stwierdzono** |
| 3 | spadku spożycia paszy | **Stwierdzono** | **Nie stwierdzono** |
| 4 | zwierząt z podwyższoną temperatura wewnętrzna ciała | **Stwierdzono** | **Nie stwierdzono** |
| 5 | objawów mogących wskazywać na wystąpienie ASFlub innej choroby | **Stwierdzono** | **Nie****stwierdzono** |
|  | **Dodatkowe informacje:** |  |  |
| 6 | Przemieszczane świnie przebywają w gospodarstwieco najmniej 30 dni | **Tak** | **Nie** |
| 7 | Czy w ciągu ostatnich 30 dni wprowadzono do gospodarstwa świń z obszaru II lub III | **Tak wprowadzono** | **Nie wprowadzono** |
| 8 | Przy stosowaniu inseminacji materiałem biologicznym (nasieniem) gospodarstwo posiada stosowną dokumentację pochodzenia (faktura, dowód zakupu itp.) |  **Tak**  | **Nie** | **NIE DOTYCZY (KRYJE KNUR)** |
| 9 | Świnie przeznaczone do wywozu są prawidłowooznakowane zgodnie z przepisami. | **Tak** | **Nie** |
|  | **Przestrzegano zakaz:** |  |  |
| 10 | wykonywania czynności związanych z obsługą świńprzez osoby, które w ciągu ostatnich 48 godzin uczestniczyły w polowaniu na zwierzęta łowne lub odłowie takich zwierząt, | **Tak** | **Nie** |
| 11 | wnoszenia i wwożenia na teren gospodarstwa, wktórym są utrzymywane świnie, zwłok dzików, tusz dzików, części tusz dzików i pochodzących z dzików produktów ubocznych pochodzenia zwierzęcego oraz materiałów i przedmiotów, które mogły zostaćskażone wirusem ASF. | **Tak** | **Nie** |

**UWAGA !!!**

**Czas na zgłoszenie**

**przemieszczenia w BP ARiMR to 2 dni !**

………………………….………………………

*/czytelny podpis*