Kluczbork, dn. …………………………………..

Imię: …………………………………………….

Nazwisko: ……………………………………..

Adres: ………………………………………….

…………………………………………

………………………………………….

Tel.: ……………………………………………

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**W Kluczborku**

**46-200 Kluczbork, ul. Jagiellońska 3**

**Wniosek o pozwolenie na przemieszczenie świń**

Proszę o wyrażenie zgody na przemieszczenie ………….. sztuk świń

z gospodarstwa należącego do…………………………………………………………………………………….

zlokalizowanego pod adresem ……………………………………………………………………………………..

nr siedziby stada ……………………………………………………………………………………………………..

do rzeźni / gospodarstwa ………………………………………………………………………………………….

położonej / położonego ……………………………………………………………………………………………..

Aktualny stan pogłowia świń w gospodarstwie wynosi ……………………………………………………..

Aktualna ilość loch / macior ……………………………………………………………………………………..

Aktualny stan pogłowia świń w budynku, z którego ma nastąpić przemieszczenie¹ ………………....

Stan pogłowia świń w poszczególnych budynkach inwentarskich ²:

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**Planowany termin wysyłki świń ………………………………………………………………………………**

………………………….………………………

*/czytelny podpis*/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¹ w przypadku utrzymywania zwierząt w kilku budynkach inwentarskich

**² jeżeli świnie są utrzymywane w kilku budynkach**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE HODOWCY** | | | |
| 6 | **Oświadczam, że ciągu 15 ostatnich dni w gospodarstwie nie stwierdzono:** |  |  |
| 6.1 | poronień | **Stwierdzono** | **Nie stwierdzono** |
| 6.2 | podwyższonych padnięć świń | **Stwierdzono** | **Nie stwierdzono** |
| 6.3 | spadku spożycia paszy | **Stwierdzono** | **Nie stwierdzono** |
| 6.4 | zwierząt z podwyższoną temperatura wewnętrzna ciała | **Stwierdzono** | **Nie stwierdzono** |
| 6.5 | objawów klinicznych lub zmian anatomopatologicznych mogących wskazywać na wystąpienie ASF lub innej choroby posocznicowej | **Stwierdzono** | **Nie stwierdzono** |
| 6.6 | symptomów nie zdiagnozowanej ostatecznie choroby | **Stwierdzono** | **Nie stwierdzono** |
| 10 | Przemieszczane zwierzęta przebywają min. 30 dni w gospodarstwie lub jednostce epizootycznej | **TAK** | **NIE** |
| 11 | W ciągu ostatnich 30 dni nie wprowadzono do gospodarstwa lub jednostki epizootycznej żadnych świń z obszaru II lub III | **Nie wprowadzono** | **wprowadzono** |

**UWAGA !!!**

**Po przeprowadzeniu analizy ryzyka hodowca zostanie poinformowany telefonicznie o wyrażeniu zgody, przez Powiatowego Lekarza Weterynarii, na przemieszczenie zwierząt lub o dalszym postępowaniu (konieczności kontroli bioasekuracji, pobierania próbek do badań laboratoryjnych)**

**Czas na zgłoszenie przemieszczenia w BP ARiMR to 2 dni !**

………………………….………………………

*/czytelny podpis*/