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

(imię i nazwisko) (miejscowość i data)

……………………………………………………..

……………………………………………………..

(adres zamieszkania)

……………………………………………………..

( nr telefonu)

……………………………………………………..

( nr siedziby stada)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Węgrowie**

**WNIOSEK**

**o wydanie decyzji o statusie stada świń przy zmianie właściciela gospodarstwa**

Na podstawie art. 5 ustawy z dnia 11 marca 2004r o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (tekst jedn.: [Dz.U. z 2014 r. poz. 1539)](http://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrshe2tonzwge4tc) oraz ppkt. 2.1.2 załącznika do Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 stycznia 2015r. w sprawie wprowadzenia programu zwalczania i monitorowania choroby Aujeszkyego u świń [(Dz.U. z 2015 r. poz. 189)](http://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgaydqmbrgizdi) oraz art.104 ustawy z dnia 14 czerwca Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2013 poz. 267)

Zgłaszam zamiar prowadzenia działalności nadzorowanej polegającej na utrzymaniu zwierząt gospodarskich z gatunku świnie w liczbie ……………..………… sztuk w celu umieszczania na rynku tych zwierząt lub produktów pochodzących od tych zwierząt. Stado utrzymywane jest w: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

( podać adres utrzymywania stada świnie)

**Stado świń należące do:**

Imię, nazwisko dotychczasowego właściciela: …………………………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby stada dotychczasowego właściciela : ……………………………………………………………………………………………………………….

Nr siedziby stada dotychczasowego właściciela: ……………………………………………………………………………………………………………………

**Zostało w dniu: ……………………………..przepisane w Biurze Powiatowym Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa w Węgrowie na:**

Imię, nazwisko obecnego właściciela: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby stada obecnego właściciela: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Nr siedziby stada obecnego właściciela: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Oświadczam, że stado, o którym mowa powyżej, posiada status: urzędowo wolny od wirusa choroby Aujeszky’ego nadany decyzją Powiatowego Lekarza Weterynarii w ………………………………………………………………..**

**Numer decyzji:………………………………………………………..z dnia: ……………………………………………………………………………**

Zaznacz sposób odbioru dokumentacji:

|  |
| --- |
|  |

pocztą

|  |
| --- |
|  |

osobiście …………………………………………………

*(Pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osoby reprezentującej*

*wnioskodawcę)*