………………………………………

 *(Miejscowość, data)*

………………………………………………..

 *(Imię, nazwisko)*

……………………………………………….

 *(Adres zamieszkania)*

………………………………………………...

 *(Nr telefonu)*

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

 **w Czarnkowie**

**WNIOSEK**

**o pozwolenie na przemieszczenie świń do innej siedziby stada**

Zwracam się z prośbą o wydanie pozwolenia na przemieszczenie……… sztuk trzody chlewnej z mojej siedziby stada nr……………………………………………………… znajdującej się w miejscowości..……………………………………...…………………..……… gmina……………………….…….……. w dniu……….……………………………………………

do siedziby stada Pana\*/Pani\*……………………………….……………………………………

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

w miejscowości……………………………………………gmina…………………………………..

Oświadczam, że przemieszczane świnie przebywały w moim gospodarstwie co najmniej 30 dni. Jednocześnie informuję, że w okresie 30 dni poprzedzających sprzedaż do gospodarstwa nie były wprowadzane świnie z obszaru zagrożenia bądź obszaru objętego ograniczeniami odnośnie ASF.

Oświadczam, że moje gospodarstwo spełnia wymogi bioasekuracji, zawarte w §1 pkt. 1, 2, 4 Rozporządzenia MRiRW z dnia 24 kwietnia 2024 r. w sprawie środków podejmowanych w związku z wystąpieniem afrykańskiego pomoru świń (Dz. U. 2024 poz. 677)

 …………………………………………

 (*podpis posiadacza zwierząt)*

**Załączniki:**

1. Opłata skarbowa za wydanie decyzji w kwocie 10 zł wniesiona na rachunek: Urząd Miasta Czarnków, 64-700 Czarnków, Pl. Wolności 6, PKO BANK POLSKI S.A 22 1020 3903 0000 1402 0046 2747

*\* niepotrzebne skreślić*