……………………………………………

 (miejscowość, data)

……………………………………………………….

(imię i nazwisko/nazwa)

………………………………………………………..

(adres)

………………………………………………………

(nr telefonu)

**Do Powiatowego Lekarza Weterynarii**

 **w Suwałkach**

Proszę o wyrażenie zgody na przemieszczenie z mojego stada o numerze siedziby PL……………………………………………………………..., utrzymywanego w miejscowości ……………………………………………………………, świń w liczbie …………………. sztuk oznakowanych kolczykiem/tatuażem nr PL…………………………………………………..

w ilościach i dniach, odpowiednio: ……………………………………………………………..

(data i liczba sztuk)

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

(nazwa)

**Środek transportu , nr rejestracyjny**: ……………………………………………………….

Równocześnie oświadczam, że:

* W okresie poprzedzającym planowane przemieszczenie, żadna świnia nie została wprowadzona do mojego gospodarstwa/jednostek produkcyjnych wchodzących w skład gospodarstwa, z gospodarstw położonych na obszarach Rzeczypospolitej Polskiej: objętym ograniczeniami i zagrożenia oraz obszarach z części IV zał. do dec. KE 709/2014 (Sardynia);
* przemieszczane świnie przebywały w moim gospodarstwie co najmniej przez 30 dni poprzedzające przemieszczenie lub od dnia urodzenia.
* W ciągu **ostatnich 15 dni** w stadzie świń nie odnotowano :
	+ **poronień**,
	+ **podwyższonych padnięć świń**,
	+ **spadku spożycia paszy**,
	+ **świń z podwyższoną temperaturą wewnętrzną ciała**,
	+ **objawów klinicznych lub zmian anatomopatologicznych mogących wskazywać na wystąpienie ASF lub innej choroby posocznicowej,**
	+ **symptomów nie zdiagnozowanej ostatecznie choroby**

 …………………………………………………………..

 (podpis wnioskującego)