

.....
Miejscowość, data

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania:

.....
.....

(nr domu, kod pocztowy, poczta)

tel.

Nr producenta (ARiMR).....

Nr siedziby stada⁽¹⁾

..... – 001

Adres siedziby stada⁽²⁾

.....
.....

(nr posesji, kod pocztowy, poczta)

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 57e ust. 5 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt i zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1539 z późn. zm.) oraz zgodnie z ust. 8 Programu bioasekuracji mającego na celu zapobieganie szerzeniu się afrykańskiego pomoru świń na lata 2015 – 2018, stanowiącego załącznik do rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 3 kwietnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia Programu bioasekuracji mającego na celu zapobieganie szerzeniu się afrykańskiego pomoru świń na lata 2015 – 2018 (Dz. U. z 2015 r. poz. 517),

oświadczam,

że należące do mnie gospodarstwo, w którym utrzymywane są świny **w liczbie**
sztuk, nie spełni wymagań w zakresie bioasekuracji, o których mowa w ust. 6 wyżej wymienionego Programu.

.....
(podpis składającego oświadczenie)

(1) – nie dotyczy gospodarstwa, w którym jest stale utrzymywana jedna świnia na własne potrzeby,

(2) – wpisać, jeżeli adres siedziby stada jest inny niż adres zamieszkania.