

.....
(Miejscowość, data)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

(nr domu, kod pocztowy, poczta)

tel.

Nr producenta (ARiMR).....

Nr siedziby stada – 001

Adres siedziby stada(1)

.....

.....

(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 rozporządzeniem Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 12 lipca 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie wprowadzenia „Programu bioasekuracji mającego na celu zapobieganie szerzeniu się afrykańskiego pomoru świń” na lata 2015-2018 (Dz. U. poz. 1378) oświadczam, że należące do mnie gospodarstwo, w którym utrzymywane są świnię **w liczbie** ⁽²⁾

sztuk, nie spełni wymagań w zakresie bioasekuracji, o których mowa w ust. 6 wyżej wymienionego Programu.

.....
(podpis składającego oświadczenie)

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

(2) – stan na dzień składania oświadczenia.