

....., dnia .....

Powiatowy Lekarz Weterynarii w .....

**WNIOSEK**  
(przemieszczenie do dalszej hodowli)

Zwracam się z prośbą o pozwolenie na przemieszczenie świń z gospodarstwa położonego na **obszarze objętym ograniczeniami II**, należącego do:

Pana/i .....

Adres siedziby stada .....

Telefon.....e-mail.....

Numer siedziby stada .....

Oznakowanej kolczykiem/tatuażem nr ..... w ilości ..... szt.

Kategoria wiekowa: prosię / warchlak / tucznik / locha / knur\*

Planowana data przemieszczenia: .....

Ilość trzody chlewnej znajdującej się w siedzibie stada ..... Szt. (w tym prosiąt do 30 dnia życia)

Lek. wet. wystawiający świadectwo zdrowia: .....

Stado posiada status urzędowo wolnego od wirusa choroby Aujeszkyego w regionie wolnym od wirusa choroby Aujeszkyego.

Przemieszczenie odbędzie się **do gospodarstwa** położonego na obszarze objętym ograniczeniami I / objętym ograniczeniami II / objętym ograniczeniami III / obszar wyłączony\*, należącego do:

Pana/i .....

Adres siedziby stada .....

Numer siedziby stada .....

Powiat .....

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Świnie przebywały w moim gospodarstwie, co najmniej 30 dni poprzedzających przemieszczenie lub od dnia urodzenia.
2. Pochodzą z gospodarstwa, w którym świnie są utrzymywane w zamkniętych pomieszczeniach.
3. Konstrukcje pomieszczeń i budynków, w których utrzymywane są świnie, zapewniają, że żadne inne zwierzęta, które mogą przenosić wirusa afrykańskiego pomoru świń, nie mogą wejść do pomieszczeń i budynków ani mieć kontaktu z utrzymywanymi świniami, ich paszą i materiałem ściółkowym.
4. Świnie zdrowe są utrzymywane w sposób wykluczający kontakt ze świniami chorymi – izolatką.
5. Czynności związane z obsługą świń są wykonywane przez osoby nieuczestniczące w polowaniach na zwierzęta łowne lub odławiania takich zwierząt chyba, że od zakończenia takiego polowania lub odłowy minęły 48 godzin.
6. Gospodarstwo posiada zabezpieczenie p/epizootyczne (maty przed wjazdami i wejściami do gospodarstwa i pomieszczeń, w których przetrzymywane są świnie oraz wyjazdami i wyjściami). Zapewniono utrzymanie mat w stanie zapewniającym utrzymanie skuteczności działania środka dezynfekcyjnego.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii w .....:**

**WYRAŻA ZGODĘ<sup>1</sup> / NIE WYRAŻA ZGODY<sup>2</sup>**  
na powyższe przemieszczenie

- ☐ świnie utrzymywane na obszarze objętym ograniczeniami II przy zastosowaniu środków szczególnych w zakresie zwalczania chorób w odniesieniu do afrykańskiego pomoru świń ustanowionych w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2023/594, albo
- ☐ świnie utrzymywane na obszarze objętym ograniczeniami II bez zastosowania szczególnych środków zwalczania afrykańskiego pomoru świń ustanowionych w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2023/594,
- ☐ zostały zbadane w kierunku ASF: data pobrania próbek do badań .....  
nr sprawozdania z badania .....
- ☐ nie zostały zbadane w kierunku ASF,

<sup>1</sup>Na zasadzie odstępstwa od zakazu przewidzianego w art. 9 ust. 1 oraz zgodnie z art. 23 Rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) 2023/594 z dnia 16 marca 2023 roku ustanawiającego szczególne środki w zakresie zwalczania chorób w odniesieniu do afrykańskiego pomoru świń oraz uchylające rozporządzenie wykonawcze (UE) 2021/605, po przeprowadzeniu analizy ryzyka, uwzględniając wniosek Strony.

\*niepotrzebne skreślić