Zał. Nr 1 do Ogłoszenia PLW w Obornikach

z dnia 7 marca 2023 r.

**ZGŁOSZENIE WSTĘPNEJ GOTOWOŚCI**

do podjęcia czynności z wyznaczenia, o których mowa w art. 16 ustawy

o Inspekcji Weterynaryjnej

Ja, ...............................................................................................................

imię i nazwisko

zamieszkały w...............................................................................................

adres (miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr lokalu)

PESEL: …………………………… ,

zgłaszam wstępną gotowość do wykonywania czynności wymienionych w art. 16 ustawy o Inspekcji Weterynaryjnej, które będą świadczone:

-w ramach prowadzonej przeze mnie pozarolniczej działalności gospodarczej \*

- poza prowadzoną przeze mnie pozarolniczą działalnością gospodarczą \*

- przeze mnie, jako osobą nie prowadzącą działalności gospodarczej \*

- przeze mnie, jako świadczącego usługi weterynaryjne w ramach zakładu leczniczego dla zwierząt \*

\* - niepotrzebne skreśli

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj czynności lekarsko – weterynaryjnych:** | **Zaznaczyć TAK/NIE odpowiednie** |
| szczepienia ochronne lub badania rozpoznawcze |  |
| sprawowanie nadzoru nad miejscami gromadzenia, skupu lub sprzedaży zwierząt, targowiskami oraz wystawami, pokazami lub konkursami zwierząt |  |
| badanie zwierząt umieszczanych na rynku, przeznaczonych do wywozu oraz wystawiania świadectw zdrowia |  |
| sprawowanie nadzoru w zakładach zatwierdzonych i gospodarstwach nad ubojem zwierząt rzeźnych, w tym badanie przedubojowe i poubojowe, ocena mięsa i nadzór nad przestrzeganiem przepisów o ochronie zwierząt w trakcie uboju w tym badanie dobrostanu zwierząt po ich przybyciu do rzeźni |  |
| badanie mięsa zwierząt łownych |  |
| sprawowanie nadzoru nad rozbiorem, przetwórstwem lub przechowywaniem mięsa i wystawianie wymaganych świadectw zdrowia |  |
| sprawowanie nadzoru nad punktami odbioru mleka, przetwórstwem mleka oraz przechowywaniem produktów mleczarskich i wystawianie wymaganych świadectw zdrowia |  |
| pobieranie próbek do badań w zakresie bezpieczeństwa żywności  |  |
| pobieranie próbek do badań w zakresie innym niż bezpieczeństwo żywności |  |
| badanie laboratoryjne mięsa na obecność włośni: - w Laboratorium Wytrawiania Mięsa w LWM w Rogoźnie - w gabinecie weterynaryjnym – badanie mięsa na użytek własny |  |
| kontrole urzędowe w ramach zwalczania chorób zakaźnych zwierząt |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj czynności pomocniczych:** | **Zaznaczyć TAK/NIE**  |
| czynności pomocnicze przy wykonywaniu przez lekarza weterynarii:a) ochronnych szczepień i badań rozpoznawczych,b) sekcji zwłok zwierzęcych |  |
| czynności pomocnicze przy sprawowaniu przez wyznaczonego urzędowego lekarza weterynarii nadzoru nad ubojem zwierząt gospodarskich – czynności pomocnicze przy badaniu przed i po ubojowym, kontrole urzędowe związane z higieną produkcji mięsa, zdrowiem i dobrostanem zwierząt, znakowanie mięsa czynności pomocnicze mające na celu poskramianie świń wykonywane w ramach programu zwalczania choroby Aujeszkyego u świń, ustanowionego na podstawie art. 57ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt |  |
| czynności pomocnicze mające na celu poskramianie świń wykonywane w ramach programu zwalczania choroby Aujeszkyego u świń, ustanowionego na podstawie art. 57 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jednocześnie informuję, że:** | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |
| Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza weterynarii i jestem wpisany do rejestru ……………………………………… Izby Lekarsko-Weterynaryjnej pod nr .......................... oraz pracuję w zawodzie lekarza weterynarii od ……………. lat |  |  |  |
| Posiadam odrębny tytuł ubezpieczenia społecznego i nie wnoszę o opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne wynikające z umowy |  |  |  |
| Posiadam aktualne orzeczenie dla celów sanitarno-epidemiologicznych |  |  |  |
| Posiadam odpowiednie warunki do przechowywania biopreparatów i pobranych prób |  |  |  |
| Świadczę usługi weterynaryjne w ramach zakładu leczniczego dla zwierząt pod nazwą ………………………………………………………………………………………………………………………. wpisanym do ewidencji prowadzonej przez Radę …………………………………………………… Izby Lekarsko – Weterynaryjnej pod numerem…………………………………. |  |  |  |