……………………………………………………. ……………………………………………………

(imię i nazwisko) (miejscowość i data)

……………………………………………………..

……………………………………………………..

(adres zamieszkania)

……………………………………………………..

( nr telefonu)

……………………………………………………..

( nr siedziby stada)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Wałbrzychu**

**ul. Wysockiego 34,**

**58-304 Wałbrzych**

tel./fax 74 842 69 21

**WNIOSEK**

**o wydanie decyzji o statusie stada świń przy zmianie właściciela gospodarstwa**

Na podstawie art. 5 ustawy z dnia 11 marca 2004r o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt oraz ppkt. 2.1.2 załącznika do Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 stycznia 2015r. w sprawie wprowadzenia programu zwalczania i monitorowania choroby Aujeszkyego u świń oraz art.104 ustawy z dnia 14 czerwca Kodeks postępowania administracyjnego

Zgłaszam zamiar prowadzenia działalności nadzorowanej polegającej na utrzymaniu zwierząt gospodarskich z gatunku świnie w liczbie ……………..………… sztuk w celu umieszczania na rynku tych zwierząt lub produktów pochodzących od tych zwierząt. Stado utrzymywane jest w: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

( podać adres utrzymywania stada bydła)

**Stado świń należące do:**

Imię, nazwisko dotychczasowego właściciela: …………………………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby stada dotychczasowego właściciela : ……………………………………………………………………………………………………………….

Nr siedziby stada dotychczasowego właściciela: ……………………………………………………………………………………………………………………

**Zostało w dniu: ……………………………..przepisane w Biurze Powiatowym Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa w Wałbrzychu na:**

Imię, nazwisko obecnego właściciela: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby stada obecnego właściciela: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Nr siedziby stada obecnego właściciela: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Oświadczam, że stado, o którym mowa powyżej, posiada status: urzędowo wolny od wirusa choroby Aujeszky’ego nadany decyzją Powiatowego Lekarza Weterynarii w ………………………………………………………………..**

**Numer decyzji:………………………………………………………..z dnia: ……………………………………………………………………………**

Zaznacz sposób odbioru dokumentacji:

|  |
| --- |
|  |

 pocztą

|  |
| --- |
|  |

 osobiście …………………………………………………

*(Pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osoby reprezentującej*

*wnioskodawcę)*

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:
1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Wałbrzychu przy ul. Wysockiego 34,
2.Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@piw.walbrzych.pl
3.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu na podstawie Dz.U. z 2017 r., poz. 242, 471, Dz.U. z 2008 r. nr 213 poz. 1342 z późn. zm., Dz.U. z 2004 nr 91, poz. 872, art. 6 ust. 1 lit. e RODO
4.Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5.Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa
6.Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
7.Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8.Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, konieczne jest do realizacji celu ich przetwarzania, a konsekwencją ich niepodania będzie niemożliwość realizacji zadania.

.