

.....  
Imię i Nazwisko  
.....  
Adres  
.....  
Adres  
.....  
Nr telefonu

Radzyń Podlaski .....

**Powiatowy Lekarz Weterynarii  
w Radzynie Podlaskim**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o pozwolenie na przemieszczenie trzody chlewnej z obszaru objętego ograniczeniami...../poza ograniczeniami\* z gospodarstwa Pana ..... w miejscowości ..... o numerze siedziby stada ..... oznakowanej kolczykiem nr:.....w ilości ..... szt.

Przemieszczenie odbędzie się do gospodarstwa położonego na obszarze objętym ograniczeniami...../poza ograniczeniami \* należącym do:

Pana ..... w miejscowości.....

O numerze siedziby stada .....

Planowany termin przemieszczenia świń do dnia.....

Jednocześnie oświadczam że moje gospodarstwo spełnia wymagania bioasekuracji o których mowa w § 1. Rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dn.10 sierpnia 2021r. w sprawie środków podejmowanych w związku z wystąpieniem afrykańskiego pomoru świń, ponadto :

- świnię będą przemieszczane bezpośrednio do\*/z\* mojego gospodarstwa;
- świnię przebywają w moim gospodarstwie co najmniej 30 dni poprzedzających przemieszczenie lub od dnia urodzenia\*;
- przemieszczenie odbędzie się po uzyskaniu pozwolenia PLW, właściwego ze względu na miejsce pochodzenia\*/przeznaczenia świń\*;
- nie wcześniej niż 24 godz. przed przemieszczeniem, zostaną zbadane przez urzędowego lekarza weterynarii;
- świnię zostaną zaopatrzone w świadectwa zdrowia wystawione przez urzędowego lekarza weterynarii.

**- gospodarstwo spełnia / nie spełnia\* wymagań rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2023/594 z dnia 16 marca 2023r ustanawiającego szczególne środki zwalczania afrykańskiego pomoru świń oraz uchylające rozporządzenie wykonawcze (UE) 2021/605.**

**Plan trasy (opisowy – wykaz miejscowości na trasie przejazdu lub graficzny mapka).....**

**Oświadczam, że wskazane powyżej informacje są prawdziwe.**

.....  
Podpis wnioskodawcy

**Adnotacja urzędowa**

Przeprowadzono analizę ryzyka, zgodnie z § 7 ust. 11 Rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 10 sierpnia 2021 r. w sprawie środków podejmowanych w związku z wystąpieniem afrykańskiego pomoru świń.

**Wniosek zaopiniowano pozytywnie / negatywnie**

.....  
Podpis inspektora

\*niepotrzebne skreślić

**Analiza ryzyka dla gospodarstwa zlokalizowanego na obszarze objętym ograniczeniami .....  
w celu przemieszczenia świń poza obszar lub pobrania materiału biologicznego**

**Część I**

|     | Kryterium oceny                                                                                                                                                     | odpowiedź<br>pozytywna<br>X | odpowiedź<br>negatywna<br>X | Nie istotny/<br>nie dotyczy<br>N/D |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 1   | Ostatnia kontrola w gospodarstwie w zakresie zdrowia zwierząt nie stwierdziła anomalii zdrowotnych wskazujących na rozwój choroby zakaźnej                          |                             |                             |                                    |
| 2   | Daty dwóch ostatnich wizyt w gospodarstwie                                                                                                                          |                             |                             |                                    |
| 3   | W ciągu 15 ostatnich dni w gospodarstwie nie stwierdza się:                                                                                                         |                             |                             |                                    |
| 3.1 | poronień                                                                                                                                                            |                             |                             |                                    |
| 3.2 | podwyższonych padnięć świń                                                                                                                                          |                             |                             |                                    |
| 3.3 | spadku spożycia paszy                                                                                                                                               |                             |                             |                                    |
| 3.4 | zwierząt z podwyższoną temperaturą wewnętrzną ciała                                                                                                                 |                             |                             |                                    |
| 3.5 | objawów klinicznych lub zmian anatomopatologicznych mogących wskazywać na wystąpienie ASF lub innej choroby posocznicowej                                           |                             |                             |                                    |
| 3.6 | symptomów nie zdiagnozowanej ostatecznie choroby                                                                                                                    |                             |                             |                                    |
| 4   | Badanie kliniczne świń wykonane 24 h (daty badań.....) przed przemieszczeniem/pobranie materiału biologicznego nie wykazało żadnych odstępstw od normy <sup>2</sup> |                             |                             |                                    |
| 5   | Świnie przeznaczone do wywozu / pobrania materiału biologicznego były oznakowane zgodnie z przepisami . Daty kontroli oznakowania ..... <sup>2</sup>                |                             |                             |                                    |

Data.....

Podpis urzędowego lekarza weterynarii:

**Część II**

|    | Kryterium oceny                                                                                                                                                                                                                         | odpowiedź<br>pozytywna<br>X | odpowiedź<br>negatywna<br>X | Nie istotny/<br>nie dotyczy<br>N/D |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 6  | Po utworzeniu obszaru przeprowadzono min 1 kontrolę gospodarstwa                                                                                                                                                                        |                             |                             |                                    |
| 7  | Ostatnia kontrola w gospodarstwie wykazała spełnienie wymagań bioasekuracji <sup>1</sup>                                                                                                                                                |                             |                             |                                    |
| 8  | Ostatnia kontrola w gospodarstwie wykazała spełnienie wymagań IRŻ i dokumentacji weterynaryjnej                                                                                                                                         |                             |                             |                                    |
| 9  | Wyniki badań laboratoryjnych próbek pobranych w ..... (data) zgodnie z art. 15 ust. 1 litera c RWK 2023/594 są ujemne.                                                                                                                  |                             |                             |                                    |
| 10 | W gospodarstwie prowadzone są badania min. 2 pierwszych padłych świń w jednostce epizootycznej wg schematu: świnie powyżej 60 dni życia lub jeśli nie możliwe to padłe świnie po odsadzeniu zgodnie z art. 16 ust. 1 lit c RWK 2023/594 |                             |                             |                                    |
| 11 | Były pobierane próbki do badań opisanych w pkt 10 w ciągu ostatnich 15 dni                                                                                                                                                              |                             |                             |                                    |
| 12 | Wyniki badań próbek pobranych w pkt 10 były ujemne                                                                                                                                                                                      |                             |                             |                                    |
| 13 | Przemieszczane zwierzęta przebywają min. 30 dni w gospodarstwie lub jednostce epizootycznej                                                                                                                                             |                             |                             |                                    |
| 14 | W ciągu ostatnich 30 dni nie wprowadzono do gospodarstwa lub jednostki epizootycznej żadnych świń z obszaru II lub III                                                                                                                  |                             |                             |                                    |
| 15 | Rzeźnia posiada wyznaczenie jak wskazano w art. 41RWE 2023/594                                                                                                                                                                          |                             |                             |                                    |
| 16 | Gospodarstwo przeznaczenia z obszaru II posiada kontrakt/ stałą współpracę z gospodarstwem pochodzenia z obszaru III                                                                                                                    |                             |                             |                                    |

Data.....

Podpis inspektora.....

**Ocena: Pozytywna / Pozytywna z uchybieniami / Negatywna**

1- zaznaczyć X/O jeśli dotyczy nie spełnienia wymogu ogrodzenia lub X/P jeśli Planu bezpieczeństwa biologicznego.

2. Należy wskazać daty wykonania badań klinicznych i kontroli w ciągu ostatnich 15 dni.