|  |
| --- |
| Nr zlecenia ……...…….……  Nr badania ………………… |

***Dane posiadacza mięsa:***

………………………………..…...…..

(Imię i nazwisko)

………………………………..…...…..

………………………………..…...….. Końskie, dnia ……….…………...

………………………………..…...…..

(Adres zamieszkania)

………………………………..…...…..

(Koło Łowieckie)

………………………………..…...…..

(Nr telefonu)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dostarczona próbka pochodzi z mięsa jednego zwierzęcia:

………………….… / ………………….… / ………………….… / ………………….…

(gatunek) (płeć) (wiek) (waga)

Zwierzę zostało odstrzelone / ubite\* w dniu ….……..….……. o godz. ………..…….

w ………………………………………...... przez…….………………………………………

**(miejsce**) (imię i nazwisko, koło łowieckie)

**STREFA z uwagi na ASF………………………….……………nr obw. łowieckiego…………..……………**

Tusza zwierzęcia znajduje się …………………………………………………………………..

(**adres chłodni**)

**nr plomby**…………..………… **rodzaj odstrzału**…………………………………………….

(sanitarny, plan łowiecki)

Oświadczam, że:

1. zwierzę od którego pochodzi dostarczona próba nie wykazywało objawów chorobowych,
2. w niżej wymienionych narządach nie stwierdzono zmian w postaci:

* stanów zapalnych i wybroczyn na skórze i pod skórą,
* śladów biegunki w okolicach odbytu, zapalenia krwotocznego żołądka i jelit
* przekrwienia i powiększenia śledziony, węzłów chłonnych jelitowych,
* wybroczyn lub wylewów krwawych pod torebką w nerkach i pod nasierdziem serca, pienistego płynu z domieszką krwi w drogach oddechowych.

Zostałem poinformowany, że w związku z zagrożeniem wystąpienia afrykańskiego pomoru należy zgłaszać do powiatowego lekarza weterynarii zaobserwowanie wystąpienia podejrzanych objawów lub zmian pośmiertnych.

1. nie posiadam/ posiadam trzody chlewnej\* - świń
2. świeże mięso pozyskane z odstrzelonego dzika na obszarze objętym ograniczeniami I(z wyjątkiem uzyskania ujemnego wyniku w kierunku ASF),II,III pozostaje

w obrębie obszaru pozyskania.

**5**. polowanie zostało wykonane na podstawie upoważnienia wydanego przez

Koło Łowieckie………………………………………………………..

\*niewłaściwe skreślić

**Zostałem poinformowany, że do czasu uzyskania wyniku, tusza dzika nie może zostać poddana rozbiorowi, a mięso nie może zostać przekazane do konsumpcji.**

Zostałem poinformowany, że wynik badania odnosi się tylko do zbadanej próbki. Oświadczam, że zbadane mięso nie będzie łączone z jakimkolwiek mięsem świń lub dzików, które nie zostało zbadane w kierunku włośni.

**Obowiązek informacyjny**

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych przez Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Końskich jest Powiatowy Lekarz Weterynarii, ul. Kielecka 5, 26-200 Końskie

2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: [iod@piwet.konskie.pl](mailto:iod@piwet.konskie.pl) oraz [konskie.piw@wetgiw.gov.pl](mailto:konskie.piw@wetgiw.gov.pl)

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu prowadzenia lokalnej bazy danych wyników urzędowych badań laboratoryjnych, zgodnie z art. 25d ust. 1 pkt. 2 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej oraz rejestrów Powiatowego Lekarza Weterynarii w Końskich podmiotów nadzorowanych, wymaganych na mocy obowiązujących aktów prawnych

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:

* Podmioty upoważnione do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa
* Podmioty świadczące usługi serwisowe i aktualizacyjne oprogramowania , za pomocą którego przetwarzane będą Państwa dane osobowe
* Podmioty świadczące usługi prawne na rzecz administratora

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z kategorii archiwalnej dokumentu, z którego te dane pochodziły

6) Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania

7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych

8) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem determinowanym przez zakres zadań powierzonych umową zawartą przez Wnioskodawcę z osobą wskazaną w pkt. 1 formularza wniosku.

Podpis osoby dostarczającej próbkę

……………………………………

|  |
| --- |
| Data i godzina dostarczenia próby do badania na włośnie ……………………..  Podpis przyjmującego………...……...… |