**Załącznik nr 3**

…………………………………………. Koło, dnia…………………………….

Imię i nazwisko

………………………………………….

Adres zamieszkania

………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany ………………………………………………. w celu potwierdzenia moich kwalifikacji oświadczam, że posiadam:

1. roczny staż pracy w zakładzie leczniczym dla zwierząt - ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(podać nazwę zakładu)

1. 3 miesięczną praktykę w zakładzie prowadzącym działalność w zakresie uboju zwierząt rzeźnych

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

(podać nazwę zakładu)

1. miesięczną praktykę w zakładzie prowadzącym działalność w zakresie przetwórstwa mleka

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

(podać nazwę zakładu)

1. miesięczną praktykę w zakresie pobierania próbek do badań;
2. tygodniową praktykę w zakresie nadzoru nad sprzedażą bezpośrednią.

…………………………………

 ( podpis Wnioskodawcy)