…………………………………, dnia ……………………………………

Imię nazwisko ………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

Nr PESEL ……………………………………………………………………………..

Nr odznaki identyfikacyjnej ………………………………………………..

Nr dowodu osobistego ……………………………………………………….

Powiatowy Lekarz Weterynarii

w Wejherowie

Deklaruję wolę wykonania czynności w drodze wyznaczenia przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Wejherowie w zakresie:

* sprawowanie nadzoru nad punktami skupu lub sprzedaży zwierząt;
* badanie zwierząt umieszczanych na rynku oraz wystawiania świadectw zdrowia;
* sprawowania nadzoru nad ubojem zwierząt rzeźnych, w tym badania przedubojowego i poubojowego, oceny mięsa i nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o ochronie zwierząt w trakcie uboju zwierząt w gospodarstwie;
* badanie mięsa zwierząt łownych;
* sprawowania nadzoru nad rozbiorem, przetwórstwem lub przechowywaniem mięsa;
* sprawowanie nadzoru nad przetwórstwem oraz przechowywaniem produktów mleczarskich;
* sprawowanie nadzoru nad obróbką, przetwórstwem i przechowywaniem produktów rybołówstwa.

…………………………………………………………………………

( data, podpis, pieczątka )

Załączniki:

1. kopia dyplomu ukończenia studiów
2. kopia prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii
3. wypełniony kwestionariusz osobowy
4. wypełnione oświadczenie do celów ZUS i podatków
5. kopia dowodu osobistego