……………………………………, dnia …………… 20…... roku

………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko lekarza weterynarii

**WYKAZ CZYNNOŚCI NA 2017 ROK**

**Proszę o wyznaczenie nw. czynności (\* właściwe zaznaczyć - X):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **CZYNNOŚĆ** | **TAK \*** | **NIE \*** | **UWAGI** |
| **1** | **Sprawowanie nadzoru nad ubojem zwierząt rzeźnych, w tym badania przedubojowego i poubojowego, oceny mięsa i nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o ochronie zwierząt w trakcie uboju i wystawianie wymaganych świadectw zdrowia w rzeźni**  |  |  |  |
| **2** | **Sprawowanie nadzoru nad ubojem zwierząt rzeźnych, w tym badania przedubojowego i poubojowego, oceny mięsa i nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o ochronie zwierząt w trakcie uboju i wystawianie wymaganych świadectw zdrowia w gospodarstwach indywidualnych** |  |  |  |
| **3** | **Badanie mięsa zwierząt łownych**  |  |  |  |
| **4** | **Badanie laboratoryjne mięsa na obecność włośni** |  |  |  |
| **5** | **Sprawowanie nadzoru nad rozbiorem, przetwórstwem lub przechowywaniem mięsa i wystawiania wymaganych świadectw zdrowia**  |  |  |  |
| **6** | **Sprawowanie nadzoru nad punktami odbioru mleka, jego przetwórstwem oraz przechowywaniem produktów mleczarskich** |  |  |  |
| **7** | **Sprawowanie nadzoru nad miejscami gromadzenia, skupu lub sprzedaży zwierząt, targowiskami oraz wystawami, pokazami lub konkursami zwierząt**  |  |  |  |
| **8** | **Ochronne szczepienia i badania rozpoznawcze - enzootyczna białaczka bydła, bruceloza bydła, gruźlica bydła** |  |  |  |
| **9** | **Ochronne szczepienia i badania rozpoznawcze - bruceloza owiec, niebieski język bydła, niebieski język owiec, pryszczyca, klasyczny pomór świń, choroba pęcherzykowa świń, IBR/IPV, gorączka Q**  |  |  |  |
| **10** | **Ochronne szczepienia i badania rozpoznawcze - choroba Aujeszkyego**  |  |  |  |
| **11** | **Obserwacja zwierząt podejrzanych o wściekliznę**  |  |  |  |
| **12** | **Badanie zwierząt umieszczanych na rynku, przeznaczonych do wywozu oraz wystawiania świadectw zdrowia** |  |  |  |
| **13** | **Uśmiercanie zwierząt**  |  |  |  |
| **14** | **Przeprowadzanie sekcji zwłok zwierzęcych z ewentualnym pobraniem prób do badań laboratoryjnych** |  |  |  |
| **15** | **Inne czynności związane ze zwalczaniem chorób zakaźnych zwierząt - BSE, TSE** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że:** |
| 1. nie jestem pracownikiem Inspekcji Weterynaryjnej,\* |
| 2. posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza weterynarii,\* |
| 3. posiadam roczny staż pracy w zakładzie leczniczym dla zwierząt,\* |
| 4. posiadam 3-miesięczną praktykę w zakładzie prowadzącym działalność w zakresie uboju zwierząt rzeźnych, wyznaczonym przez wojewódzkiego lekarza weterynarii,\* |
| 5. posiadam umiejętność obsługi programu SerPIW.\* |
|  |

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.**

……………………………………………..

 czytelny podpis (imię i nazwisko)

|  |
| --- |
| W załączeniu przedkładam: |
| 1) odpis dyplomu,\*2) kopię dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa wykonywania zawodu,\* |
| 3) kopię dokumentu potwierdzającego odbycie co najmniej rocznego stażu pracy w zakładzie leczniczym dla zwierząt,\* |
| 4) kopię dokumentu potwierdzającego odbycie co najmniej 3-miesięcznej praktyki w zakładzie prowadzącym działalność w zakresie uboju zwierząt rzeźnych, wyznaczonym przez wojewódzkiego lekarza weterynarii,\* |
| 5) kopię dokumentu potwierdzającego odbycie miesięcznej praktyki w powiatowym inspektoracie weterynarii, wyznaczonym przez wojewódzkiego lekarza weterynarii,\*6) kopię zaświadczenia o ukończeniu kursu badania mięsa na włośnie metodą wytrawiania,\* |
| 7) aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy na stanowisku lekarza weterynarii,\* |
| 8) aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza okulisty,\* 9) kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,\*10) aktualne zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne,\*11) zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie na umowę o pracę z co najmniej minimalnym wynagrodzeniem (1850,00zł od 01 stycznia 2016 roku),\*12) kopia dokumentu potwierdzającego opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne,\*13) prawidłowo wypełnione Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego.\* \* niepotrzebne skreślić  |

**DANE DO WYZNACZENIA**

………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko lekarza weterynarii

1. **Adres zamieszkania:**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

1. **Seria i numer Dowodu Osobistego:**

**……………………………………………………………………………………………………………**

1. **Numer prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii:**

**……………………………………………………………………………………………………………**

1. **PESEL:**

**……………………………………………………………………………………………………………**

1. **Podległość pod Urząd Skarbowy - dokładny adres:**

**……………………………………………………………………………………………………………**

1. **Numer telefonu oraz adres e-mail:**

**……………………………………………………………………………………………………………**