**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany oświadczam że **zawieszam / kończę \*** prowadzenie działalności polegającej na chowie / hodowli \* trzody chlewnej.

W przypadku zakończenie świadomy jestem że na podstawie oświadczenia zostanie zmieniony stan działalności w Systemie Identyfikacji i Rejestracji Zwierząt prowadzonym przez ARiMR.

W przypadku zawieszenia zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Lekarza Weterynarii w Koninie o zamiarze wprowadzenia trzody do gospodarstwa min 7 dni przed wznowieniem działalności.

**Imię i nazwisko** …………………………………………………………………………….

**Nr siedziby stada** ………………………………………………………………………….

 ……….………………………………………………………

 (data i czytelny podpis kontrolowanego)

* - skreślić nieprawidłowe

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż współadministratorami Państwa danych osobowych są: Główny Lekarz Weterynarii, Wielkopolski Wojewódzki Lekarz Weterynarii, Powiatowy Lekarz Weterynarii w Koninie. Na stronie internetowej Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Koninie znajdą Państwo szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych- www.piwkonin.pl