..………………….. dnia ……..................

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Koninie**

**W N I O S E K**

**o zatwierdzenie przedsiębiorstwa produkcji sektora akwakultury**

**Podmioty, występując z wnioskiem o zatwierdzenie ich zakładu zgodnie z art. 180 ust. 1, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/429, przekazują właściwemu organowi następujące informacje:**

1. Imię i nazwisko, numer PESEL (w przypadku braku nr PESEL, nr dokumentu potwierdzającego tożsamość), adres podmiotu i adres siedziby LUB nazwę i adres podmiotu , nr NIP, REGON (jeśli został nadany), adres siedziby:

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

1. Położenie danego zakładu i opis jego obiektów:

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

1. Istotne dla danego zatwierdzenia gatunki, kategorie i ilość (liczbę, objętość lub wagę) zwierząt akwakultury, które są utrzymywane w zakładzie:

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

1. Rodzaj zakładu akwakultury:

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

1. W przypadku zatwierdzania grupy zakładów akwakultury, szczegółowe informacje

wykazujące, że dana grupa spełnia warunki określone w art. 177:

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

1. Inne kwestie dotyczące sposobu działania danego zakładu akwakultury, które są istotne dla ustalenia ryzyka stwarzanego przez ten zakład:

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

1. Sposób dostarczania wody do zakładu i jej odprowadzania:

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

1. Środki dotyczące bioasekuracji w zakładzie:

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

1. Planowany czas prowadzenia działalność:

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

………………………………………

Podpis osoby upoważnionej

Chcę, aby Powiatowy Lekarz Weterynarii w Koninie kontaktował się ze mną za pośrednictwem numeru telefonu: ………………………………………………………… i adresu e:mail:……………………………………………………………….w kwestiach związanych z dotyczącą mnie sprawą i w tym celu dobrowolnie podaję swoje dane.

………………………………………..

podpis

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