Mielec dnia, ………………………………

DEKLARACJA

Czynności pomocnicze z wyznaczenia

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

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

( imię, nazwisko, adres zamieszkania składającego deklarację )

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj czynności** | **Deklaracja do realizacji zadania**  **TAK/NIE** |
| **czynności pomocnicze przy wykonywaniu przez lekarza weterynarii** |  |
| a) badań klinicznych zwierząt  b) ochronnych szczepień i badań rozpoznawczych  c) pobierania próbek do badań  d) sekcji zwłok zwierzęcych |  |
| **czynności pomocniczych mających na celu poskramianie świń w ramach programu zwalczania choroby Aujeszkyego u świń** |  |

…………………………………………

( podpis osoby składającej deklarację )