**Załącznik 1**

 **ZGŁOSZENIE WSTĘPNEJ GOTOWOŚCI**

**do podjęcia czynności z wyznaczenia o których mowa w art. 16 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *o Inspekcji Weterynaryjnej***

Ja

*imię i nazwisko*

zamieszkały w

*adres*

PESEL: …………………………

Zgłaszam wstępną gotowość do wykonywania czynności z art.16 ustawy o inspekcji weterynaryjnej:

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj czynności | Zaznaczyć odpowiednie pole |
| szczepień ochronnych lub badań rozpoznawczych |  |
| sprawowania nadzoru nad miejscami gromadzenia, skupu lub sprzedaży zwierząt, targowiskami oraz wystawami, pokazami lub konkursami zwierząt |  |
| badania zwierząt umieszczanych na rynku, przeznaczonych do wywozu 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 |  |
| badania mięsa zwierząt łownych |  |
| sprawowania nadzoru nad rozbiorem, przetwórstwem lub przechowywaniem mięsa i wystawiania wymaganych świadectw zdrowia |  |
| sprawowania nadzoru nad punktami odbioru mleka, jego przetwórstwem oraz przechowywaniem produktów mleczarskich |  |
| sprawowania nadzoru nad wyładowywaniem ze statków rybackich i statków przetwórni produktów rybołówstwa, nad obróbką, przetwórstwem i przechowywaniem tych produktów oraz ślimaków i żab |  |
| sprawowania nadzoru nad przetwórstwem i przechowywaniem jaj konsumpcyjnych i produktów jajecznych |  |
| pobierania próbek do badań |  |
| sprawowania nadzoru nad sprzedażą bezpośrednią |  |
| badania laboratoryjnego mięsa na obecność włośni |  |
| **Wykonywania czynności pomocniczych** |  |
| 1) czynności pomocnicze przy wykonywaniu przez lekarzaweterynarii:a) badań klinicznych zwierząt,b) ochronnych szczepień i badań rozpoznawczych,c) pobierania próbek do badań,d) sekcji zwłok zwierzęcych |  |
| 2) czynności pomocnicze przy badaniu zwierząt rzeźnychi mięsa, obejmujące:a) sprawdzenie, podczas badania przedubojowego,czy zwierzęta nie są zmęczone lub nadmierniepobudzone oraz nie wykazują objawów choroby,b) pomiar temperatury wewnętrznej ciała zwierząt,c) rutynowe badanie poubojowe tusz i narządów,bez wydawania oceny mięsa,d) znakowanie mięsa. |  |
| 3) czynności pomocnicze mające na celu poskramianie świń wykonywane w ramach programu zwalczania choroby Aujeszkyego u świń, ustanowionego na podstawie art.57 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt |  |

Jednocześnie informuję, że:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | TAK | NIE | NIE DOTYCZY |
| Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza weterynarii i jestem wpisany do rejestru ………………… Izby Lekarsko-Weterynaryjnej pod nr ................................ |  |  |  |
| Posiadam odrębny tytuł ubezpieczenia społecznego i nie wnoszę o opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne wynikające z umowy |  |  |  |
| Oświadczam, że dysponuję wiedzą i doświadczeniem niezbędnym do prawidłowego wykonywania zleconych czynności zarówno w zakresie przepisów weterynaryjnych jak i przepisów BHP oraz zobowiązuję się do przestrzegania tych przepisów oraz posiadam aktualną książeczkę zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych |  |  |  |
| Posiadam odpowiednie warunki do przechowywania biopreparatów i pobranych prób |  |  |  |
| Posiadam odpowiedni sprzęt i odzież ochronną do prawidłowego wykonania zleconych czynności |  |  |  |
| Świadczę usługi weterynaryjne w ramach zakładu leczniczego dla zwierząt pod nazwą …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. wpisanym do ewidencji prowadzonej przez Radę …………………………. Izby Lekarsko – Weterynaryjnej pod numerem …………………… . |  |  |  |
| Posiadam zgodę kierownika zakładu leczniczego dla zwierząt na wykonywanie czynności określonych w art. 16 ust.1 pkt 1a) ustawy z dnia 29.01.2004 roku o Inspekcji Weterynaryjnej |  |  |  |
| Posiadam samochód marki .................................................. nr rej. .............................. o pojemności silnika ......................, który będę wykorzystywał do przejazdów związanych z wykonywaniem czynności zleconych |  |  |  |

**Załączniki**:

* Dyplom lekarza weterynarii nr…...
* Prawo do wykonywania zawodu lekarza weterynarii nr…
* Zaświadczenie o wymaganym stażu pracy
* Zaświadczenie o wymaganej praktyce podyplomowej
* Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.
* Zaświadczenie o szkoleniu w zakresie badania w kierunku włośni.
* Zaświadczenie o szkoleniu w zakresie normy PN-EN ISO/IEC/17025.
* Dyplom specjalisty w zakresie………………………………. ………
* Inne …….….……………

*Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, wyłącznie dla potrzeb postępowania o wyznaczenie na podstawie art. 16 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej*

……………………………..

( podpis zgłaszającego )

**Informacje dodatkowe (wypełnia PIW)**

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

 Załącznik 2

Oświadczenie Zleceniobiorcy

1. Dane Osobowe

Nazwisko……………………………Imiona 1)……………………2)…………………………

Imiona Rodziców………………………………………………………………………………..

Data urodzenia……………………………Miejsce urodzenia………………………………….

Nazwisko rodowe…………………………Obywatelstwo……………………………………...

PESEL……………………………………NIP…………………………………………………

Seria i nr dowodu osobistego……………………………………………………………………

Nr tel. ……………………………………… e-mail……………………………………………

2. Adres zamieszkania

Województwo…………………………powiat……………………gmina……………………

Ulica……………………………………nr domu…………nr mieszkania……………………

Miejscowość ………………………………kod pocztowy…………poczta…………………

3. Adres do korespondencji, (gdy adres korespondencyjny nie jest tożsamy z adresem zamieszkania)

Województwo…………………………powiat……………………gmina……………………

Ulica……………………………………nr domu…………nr mieszkania……………………

Miejscowość ………………………………kod pocztowy…………poczta…………………

4. Urząd Skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczek na podatek dochodowy PIT-11)

Nazwa i adres……………………………………………………………………………………

5. Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

5.1 Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ………………………………………

5.2 Jestem\*: emerytem  tak  nie

 rencistą  tak  nie

\* właściwe należy zaznaczyć wstawiając X

5.3 Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\*  tak  nie

\* właściwe należy zaznaczyć wstawiając X

Jeśli TAK, określić stopień niepełnosprawności………………………………………………

6. Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

DOTYCZY / NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić). Jeśli DOTYCZY wypełnić poniżej)

Oświadczam, że jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X)

 stosunku pracy,

 członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych,

 stosunku służby w WP, Policji, SG, PSW, SW, SC,

 wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy,

 prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko,

 wykonywania pracy nakładczej

 z innego tytułu (określić tytuł ………………………………………………………………)

Równocześnie oświadczam, iż osiągam dochody miesięczne nie mniejsze niż minimalne wynagrodzenie za pracę od których odprowadzane są składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne (minimalne wynagrodzenie w 2017 roku wynosi 2000 zł).

7. Numer rachunku bankowego

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

 Oświadczam, iż podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym. W przypadku zmiany danych zawartych w oświadczeniu Zleceniobiorca ma obowiązek poinformowania o tym fakcie Zleceniodawcę niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od dnia ich wystąpienia.

 **……………………………………**

 Data i podpis zleceniobiorcy

**Załącznik 3**

 Miejscowość, data

 ---------------------------------

..........................................

 (Imię i nazwisko)

 .............................................

 (adres)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Międzyrzeczu**

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany ……………….................................................................................................

zam. ……….………...….…………………………………………………………………………

legitymujący się dowodem osobistym ………….……………………………….

 (seria i numer dowodu osobistego)

oświadczam że:

koszty używania samochodu osobowego o nr rej ………………..……… do wykonywania zadań z wyznaczenia Powiatowego Lekarza Weterynarii w Międzyrzeczu na ……. rok zaliczam/nie zaliczam\* do kosztów uzyskania przychodu.

W związku z powyższym, proszę potrącać/nie potrącać\* podatku dochodowego oraz składki zdrowotnej z w/w kosztów.

.....................................................

 (podpis wyznaczonego lekarza weterynarii)

\* niepotrzebne skreślić