*Wzór oświadczenia lekarza wyznaczonego -art.16 ust.2b*

*Ustawy o Inspekcji Weterynaryjnej w brzmieniu obowiązującym od 11 sierpnia 2022r.*

Dane Osobowe

…………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

……………………………………………………………

(adres zamieszkania)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Rawiczu**

Jako lekarz weterynarii wyznaczony na podstawie przepisów zawartych w art.16 ustawy o Inspekcji Weterynaryjnej w wykonaniu obowiązku wynikającego z art.15 ust.1 ustawy z dnia 4 stycznia 2024 r. o zmianie ustawy o Inspekcji weterynaryjnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2024 poz. 12) składam następujące oświadczenia :

1)Nie zachodzą okoliczności powodujące wątpliwości co do bezstronnego wykonywania przeze mnie czynności objętych wyznaczeniem oraz nie pozostaje w konflikcie interesów w związku z wykonywaniem tych czynności.

*(\*: W razie występowania okoliczności powodujących wskazane wątpliwości lub konflikt interesów należy skreślić powyższy tekst oraz określić poniżej te okoliczności lub konflikty)*

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

…………………………………………………………………………………………………

2)Nie wykonuję zajęć zarobkowych

(\* W przypadku wykonywania zajęć zarobkowych skreślić ten punkt i wypełnić pkt4)

3)Wykonuję następujące zajęcia zarobkowe i podaję :

a) informacje dotyczące czynności wykonywanych w ramach tych zajęć oraz okresu wykonywania zajęć zarobkowych:

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

…………………………………………………………………………………………………

b) Imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres lub nazwę, siedzibę i adres podmiotu, na rzecz którego wykonywane są czynności zarobkowe oraz miejsce lub obszar ich wykonywania:

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

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

Oświadczenie jest integralną częścią umowy zawartej z Inspekcją Weterynaryjną Powiatowym Lekarzem Weterynarii w Rawiczu i wiąże strony w czasie jej obowiązywania.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuje się do poinformowania Powiatowego Lekarza Weterynarii w Rawiczu w przypadku zmiany w/w danych w terminie 7 dni od daty zmiany.

…………………………………………..

(data oraz czytelny podpis)