

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres siedziby stada)

.....
(Nr siedziby stada)

.....
(telefon kontaktowy)

Powiatowy Lekarz Weterynarii w Legnicy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że od dnia nie prowadzę:

- chowu i hodowli **trzody chlewnej / bydła***.

W związku z **zakończeniem / zawieszeniem*** działalności, a w momencie wznowienia przedmiotowej działalności poinformuję o tym fakcie Powiatowego Lekarza Weterynarii w Legnicy oraz Kierownika BP ARiMR w Legnicy.

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna: Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 4 maja 2016 r. (dalej: RODO), informujemy, że Współadministratorami Państwa danych osobowych są: Główny Lekarz Weterynarii, Dolnośląski Wojewódzki Lekarz Weterynarii oraz Powiatowy Lekarz Weterynarii w Legnicy. Na stronie internetowej Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Legnicy <https://www.piwlegnica.pl/rodo/> znajdują Państwo szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.