**PEDIDO DE APROVAÇÃO DE CENTRO DE COLHEITA DE SÉMEN**

1. **Identificação do Requerente:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo / Designação Social | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF |  | | | | | | | | BI/CC /Outra forma de ID | | | | | | |  |  | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | |  |  | | |  | | | |
| Morada | | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
| Localidade | | | | |  | | | | | | | | | Código Postal | | | | |  | | - |  | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  |  | | | | |  | | | | |  | |
| Telefone | | | |  | | | | | | | | Telemóvel | | |  | | | | | | | | |

1. **Designação proposta para o centro:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Espécie:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bovina |  | Ovina/Caprina |  | Suína |  | Equina |  |

1. **Designação do Médico Veterinário Responsável:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | |
| NIF |  | | | | | BI/CC /Outra forma de ID | | |  |  |  | |
|  | | | | |  | |  | |  |  | |  |
| Contacto Telefónico | | | | |  | | | E-mail | |  | | |

1. **Identificação do pessoal afeto à manipulação do semén:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo | | |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | |
| NIF |  | | | | | BI/CC /Outra forma de ID | | |  | |  |  | |
|  | | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| Contacto Telefónico | | | | |  | | | E-mail | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo | | |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | |
| NIF |  | | | | | BI/CC /Outra forma de ID | | |  | |  |  | |
|  | | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| Contacto Telefónico | | | | |  | | | E-mail | |  | | | |

**6. Documentação a entregar:**

* Localização completa, incluindo georreferenciação.
* Planta das instalações;
* Memória descritiva com descrição detalhada das instalações;
* Descrição do circuito do pessoal e animais (zonas limpas e sujas);
* Lista de equipamento existente;
* Descrição de processamento do sémen;
* Descrição do sistema de registos (procedimentos, animais, arquivo, rastreabilidade do sémen, etc.)
* Cópia da licença ou título de exploração atribuída no âmbito do NREAP ou certidão de registo comercial;
* Cópia da cédula profissional do médico veterinário;
* *Curriculum vitae* do médico veterinário responsável.

Declaro que as informações prestadas neste formulário correspondem à verdade

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  | / |  | / |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Assinatura do requerente |

Enquanto médico-veterinário responsável pelo centro declaro dar cabal cumprimento no estabelecido na legislação.

|  |
| --- |
|  |

Assinatura do médico-veterinário responsável pelo centro