**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