



PREFET DE LA DROME

Direction Départementale de la Protection des Populations de la Drôme
33 avenue de Romans – BP 96 - 26904 VALENCE CEDEX 9
Tél : 04 26 52 21 61 – Fax 04 26 52 21 62
Mel : ddpp@drome.gouv.fr

DESIGNATION DU VETERINAIRE SANITAIRE

- par le détenteur d'animaux
- par le responsable d'un centre de rassemblement temporaire ou permanent d'animaux

(Si vous souhaitez désigner plusieurs vétérinaires sanitaires, utilisez un formulaire par vétérinaire désigné)

1ère demande

Changement vétérinaire sanitaire

I. IDENTIFICATION DU DESIGNATAIRE

Nom :

Prénom(s) :

Raison sociale de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Commune :

N° E.D.E : N° SIRET :

Adresse électronique :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Télécopie :

II. ACTIVITES DE L'ETABLISSEMENT

ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT :

ESPECES CONCERNEES :

- Elevage
- Centre de rassemblement d'animaux
- Etablissement de vente d'animaux
- Etablissement de présentation au public d'animaux (sans vente)
- Etablissement de fourniture ou d'élevage d'animaux destinés à l'expérimentation animale
- Etablissement d'utilisation d'animaux d'expérimentation animale
- Etablissement de monte naturelle équine
- Fourrière, refuge

- Carnivores domestiques
(chiens, chats) - Nombre :
- Ruminants
 - Bovins - Nombre :
 - Ovins - Nombre :
 - Caprins - Nombre :
- Equidés - Nombre :
- Suidés (porcs, sangliers) - Nombre :
- Volailles - Nombre :
- Lapins - Nombre :
- Aquaculture - Tonnage annuel :

III. COORDONNEES DU VETERINAIRE SANITAIRE DESIGNE

(possibilité de désigner plusieurs vétérinaires sanitaire disposant d'un même domicile professionnel d'exercice dans la mesure où l'aire géographique d'exercice de leur habilitation comprend le département du lieu de détention des animaux) :

Nom :

Prénom :

Raison sociale :

N° Ordre :

Adresse :

CP : Commune :

Adresse électronique :

Téléphone :

Télécopie :

Espèce concernée :

V. ENGAGEMENT DU VETERINAIRE SANITAIRE :

Je soussigné,, Docteur Vétérinaire, domicilié(e) à titre professionnel à (1) :

déclare accepter d'être désigné vétérinaire sanitaire de l'établissement mentionné au I.

Je déclare :

- que cette désignation, en s'ajoutant aux responsabilités que j'ai déjà acceptées me permet de garantir le bon exercice de mes missions dans des conditions techniques et des délais satisfaisants, y compris en cas d'urgence sanitaire ;
- que cette désignation me permet de respecter le nombre maximal d'animaux que je suis autorisé à suivre et déterminé par l'arrêté du 24 avril 2007 (2) ;
- ne pas être propriétaire des animaux, ni détenir de participation financière, dans l'établissement de détention des animaux ou la manifestation dans lesquels j'interviens en qualité de vétérinaire sanitaire.

(1) Indiquez les coordonnées du domicile professionnel administratif

(2) Arrêté relatif à la surveillance sanitaire et aux soins régulièrement confiés au vétérinaire pris en application de l'article L. 5143-2 du code de la santé publique du 24 avril 2007

Date : Cachet

Nom-prénom :

Signature

VI. SIGNATURE DU DEMANDEUR

Je m'engage à informer la DDPP de la Drôme destinataire de ce formulaire de tout changement de vétérinaire sanitaire et m'engage à ce que ce changement intervienne en dehors des périodes d'exécution et de contrôle des mesures de surveillance ou de prévention ou de lutte prescrites par l'autorité administrative, lorsque ces mesures sont prescrites pour une durée déterminée (le changement de vétérinaire sanitaire ne peut donc intervenir qu'entre deux campagnes de prophylaxie).

Je reconnais être informé que conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 7 novembre 2001 modifié, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), toute information détenue dans le système d'information de la Direction générale de l'alimentation (SIGAL) et relative à la généalogie, aux mouvements et à l'état de santé des animaux entretenus dans mon élevage ainsi qu'à la situation de mon élevage lui-même au regard des maladies réglementées et non réglementées, pourra être communiquée par les services de l'Etat au(x) vétérinaire(s) sanitaire(s) ci-dessus désigné(s).

Date :

Signature

Nom, prénom :