

**REQUISITOS PARA MOVIMIENTOS DE OVINOS (mayores de 3 meses) Y VACUNOS CON  
DESTINO DISTINTO A MATADERO, DESDE ZONA RESTRINGIDA DE LENGUA AZUL  
(Acuerdo MAPA 24-9-2024)**

D. ...., con DNI N° .....  
como socio/titular de la explotación ..... de la localidad  
de ....., Navarra.

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

1. Que mi explotación no presenta síntomas clínicos compatibles con lengua azul.
2. Que, siguiendo las instrucciones del acuerdo MAPA 24-09-2024, D.....  
..... con DNI ....., **ha  
aplicado insecticida** con ..... **días de periodo de supresión** a los animales abajo  
reseñados:

Producto empleado	Fecha de aplicación	Crotales animales desinsectados

En ..... a ..... de ..... de 20.....

Fdo: .....

La declaración falsa de los datos contenidos en este documento supone una infracción muy grave (Art. 85.4 de la Ley 8/2003, de 24 de abril, de Sanidad Animal)

**Acuerdo LA MAPA 24-9-24**