

**REQUISITOS PARA MOVIMIENTOS DE VACUNOS Y OVINOS CON DESTINO A SACRIFICIO
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/repelente, con días
de periodo de supresión**, a los animales amparados por la guía de origen y sanidad N°
.....

Producto empleado:
Fecha de aplicación del insecticida/repelente:

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