……………………………………….

  *(data , miejscowość )*

………………………………………………………………..

 *(imię i nazwisko )*

…………………………………………………………………

 *(nr, ulica, miejscowość )*

………………………………………………………………...

 *(data i miejsce urodzenia)*

………………………………………………………………..

 *(PESEL)*

…………………………………………………………………

 *(Nr telefonu)*

 ***Powiatowy Lekarz Weterynarii***

 ***w Oleśnie***

 ***ul. Kossaka 5***

 ***46-300 Olesno***

**Wniosek**

 Uprzejmie proszę o wydanie zaświadczenia że, odbyłem/łam w dniu ……......………………. bezpłatne szkolenie zorganizowane przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Oleśnie w zakresie ochrony zwierząt podczas uboju dotyczące gatunków, których ubój na użytek własny jest dopuszczony (tj. drobiu, zajęczaków, świń, owiec, kóz, bydła do 6 miesiąca życia).

……….…………………………………..

 ( d*ata i podpis )*