……………………………………….

*(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 )*