**ANEXO II**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS OBLIGATORIAS DE TUBERCULOSIS POR MOVIMIENTO EN LA EXPLOTACIÓN DE DESTINO.**

DATOS DEL TITULAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL DE LA EXPLOTACIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | DNI/NIF |
| DOMICILIO | | | |
| LOCALIDAD | | PROVINCIA | C.P. |
| TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | | |
| 2. DATOS DE LA EXPLOTACIÓN | | | |
| REGISTRO DE EXPLOTACIÓN (REGA) | | TITULAR EXPLOTACIÓN | |
| Nº NAVES | | CENSO MEDIO ANUAL | |
| MANEJO (señale la opción que se ajuste a su establecimiento)   |  |  | | --- | --- | | Cebadero todo dentro-todo fuera |  | | Cebadero de producción continua |  | | | | |

A efectos de lo previsto en **el Real Decreto 2611/1996, en el Reglamento 2020/689, y en el programa nacional de erradicación de tuberculosis bovina.**

**Declaro:**

Que conozco las condiciones y requisitos que se exigen para realizar las pruebas diagnósticas obligatorias de tuberculosis de movimiento en la explotación de destino.

**Me comprometo a:**

- Comunicar a la Oficina Comarcal Agraria, en un plazo máximo de 7 días, la llegada de los bovinos sin pruebas previas a movimiento.

- Realización de la prueba diagnóstica a dichos animales, con **lectura de IDTB en un plazo máximo de 30 días** desde su llegada, manteniéndolos en aislamiento hasta la obtención de resultado negativo. Dicho **plazo máximo será de 10 días en las explotaciones clasificadas como operador comercial**.

- No mezclar en el mismo medio de transporte animales con pruebas previas a movimiento junto a otros que se trasladen para su tuberculinización en el establecimiento de destino.

- Aceptar el marcado e identificación con bolo electrónico de los bovinos que resultasen positivos a las pruebas de diagnóstico, así como su traslado a matadero en el plazo máximo de 48 horas (previa emisión del correspondiente conduce).

- Cumplir lo indicado en el programa nacional de erradicación de tuberculosis bovina.

Manifiesto que son ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración y me comprometo a mantener su cumplimiento durante la vigencia de la actividad.

Murcia a, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_

EL / LA TITULAR /REPRESENTANTE LEGAL

Fdo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente declaración será válida hasta que el titular de explotación solicite al Servicio de Sanidad Animal la revocación de la autorización para la realización de pruebas en destino.

**SERVICIO DE SANIDAD ANIMAL**

**DIRECCIÓN GENERAL DE GANADERÍA, PESCA Y ACUICULTURA**