



**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA VOLUNTARIO DE PREVENCIÓN,
CONTROL Y ERRADICACIÓN DE IBR DE LA REGIÓN DE MURCIA**

DATOS DE LA EXPLOTACIÓN		
Código REGA:		
Aptitud:	Aplica en la actualidad un Programa Vacunal de IBR en la explotación:	
Dirección:	Coordenadas:	
Provincia:	Código Postal:	Población:

PERSONA TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN		
NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de Documento:
Nombre:	1.º Apellido:	2.º Apellido:
Domicilio:		
Provincia:	Código Postal:	Población:
Teléfono:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:
Nombre de la persona representante en caso de haberlo:	1.º Apellido:	2.º Apellido:
NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de Documento:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.



DATOS PERSONALES DEL VETERINARIO RESPONSABLE		
NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de Documento:
Nombre:	1.º Apellido:	2.º Apellido:
Domicilio:		
Provincia:	Código Postal:	Población:
Teléfono:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:

SOLICITA
La inclusión de la explotación arriba mencionada en el programa nacional voluntario de prevención, control y erradicación de la IBR.

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS
Se COMPROMETE a: <ul style="list-style-type: none">- Mantener la explotación en el programa nacional voluntario de prevención, control y erradicación de IBR durante al menos 3 años.- Cumplir las obligaciones y compromisos previstos en el Real Decreto por el que se aprueba el programa nacional voluntario de prevención, control y erradicación de la IBR.- Realizar los controles previstos en el programa cumpliendo con los cronogramas propuestos.- Colaborar con las autoridades competentes en toda actuación sanitaria que se le solicite.- Autorizar a que la Administración pueda comunicar los resultados directamente al veterinario responsable.

En a de de
LA PERSONA SOLICITANTE O
REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.