



## II – IDENTIFICATION DES LIEUX D’EXERCICE VETERINAIRE

### (Domiciles Professionnels d’Exercice = DPE) ET DES REMPLACANTS ET ASSISTANTS

*Si vous exercez dans plus de deux DPE, merci de fournir leurs coordonnées ainsi que celles des éventuels remplaçants et assistants sur papier libre.*

(DPE 1)	(DPE 2)
Dénomination :	Dénomination :
N° SIRET :	N° SIRET :
N° Ordre :	N° Ordre :
Adresse :	Adresse :
Code postal et commune :	Code postal et commune :
Adresse électronique :	Adresse électronique :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopie :	Télécopie :
<b>REEMPLACANTS :</b>	<b>REEMPLACANTS :</b>
Nom :	Nom :
Prénom(s) :	Prénom(s) :
N° Ordre :	N° Ordre :
<b>Domicile professionnel administratif :</b>	<b>Domicile professionnel administratif :</b>
Adresse :	Adresse :
Code postal et commune :	Code postal et commune :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone mobile :	Téléphone mobile :
Exerce dans le même DPE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Exerce dans le même DPE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>ASSISTANTS (2):</b>	<b>ASSISTANTS (2):</b>
Nom :	Nom :
Prénom (s) :	Prénom (s) :
Ecole de provenance :	Ecole de provenance :

*(2) Les assistants doivent être déclarés par ailleurs à la DDCSPP ou DDPP avec copie de leur déclaration à l’Ordre des vétérinaires et déclaration de la période d’assistance.*

## III – MODALITES D’EXERCICE

Exercice en association

Exercice individuel

Salarié

Exercice en libre prestation de service

CDI

CDD du                      au

#### **IV – DECLARATION D’ACTIVITES :**

##### **Activités majeures :**

- Animaux de compagnie
- Ruminants
- Equins
- Suidés
- Volailles
- Lagomorphes
- Apiculture
- Aquaculture
- Faune sauvage captive

##### **Activités mineures :**

- Animaux de compagnie
- Ruminants
- Equins
- Suidés
- Volailles
- Lagomorphes
- Apiculture
- Aquaculture
- Faune sauvage captive

#### **V – AIRE GEOGRAPHIQUE D’EXERCICE DE L’HABILITATION SANITAIRE**

Habilitation sanitaire classique (mandat sanitaire ancienne formule) nécessaire pour les espèces : ruminants, équins, suidés, volailles de chair, apiculture, animaux de compagnie, aquaculture, lagomorphes, faune sauvage captive

- département :
- département :
- département :
- département :
- département :

Habilitation sanitaire spécialisée (mandat spécialisé ancienne formule) nécessaire pour l’exercice national dans :

- Les établissements de prélèvement, de stockage ou d’insémination de sperme ou d’hébergement de mâles reproducteurs ;
- Les élevages d’intérêt génétique particulier dans les filières avicoles et porcines
- Les élevages aquacoles
- Les élevages de volailles destinées à la production d’œufs de consommation

## VI – ENGAGEMENT

Je soussigné(e) ..... Docteur Vétérinaire, sollicite l'attribution de l'habilitation sanitaire pour exécuter dans l'ensemble des départements déclarés ci-dessus les missions dédiées aux vétérinaires sanitaires en application de l'article L.203-1 du code rural et de la pêche maritime.

Je m'engage :

- respecter les obligations relatives aux conditions d'exercice de l'habilitation sanitaire mentionnées notamment aux articles L.203-6, L.223-5, R.203-2, R203-7, R.203-11 à R.203-13, R.223-13 ;
- à respecter les prescriptions techniques, administratives et le cas échéant financières édictées par le Ministre chargé de l'Agriculture et ses représentants, pour l'exécution des opérations réalisées dans le cadre de mon habilitation sanitaire ;
- concourir à la demande de l'autorité administrative, à l'exécution des opérations de police sanitaire mentionnées au I de l'article L.203-8 concernant les animaux pour lesquels j'ai été désigné comme vétérinaire sanitaire ;
- à tenir à jour les connaissances nécessaires à l'exercice de mon habilitation ;
- à me conformer au devoir de réserve et à l'obligation de discrétion professionnelle ainsi qu'au respect de la confidentialité des informations dont j'aurais la connaissance dans le cadre de l'exercice de mon mandat sanitaire.
- à rendre compte au DDCSPP du département de l'Ardèche de l'exécution de mes missions et des difficultés éventuellement rencontrées à cette occasion.

A ....., le .....

Signature du demandeur :

## VII – DECISION DU SERVICE INSTRUCTEUR (cadre réservé à l'administration)

L'habilitation sanitaire est

accordée

refusée pour le motif suivant : .....

votre demande doit être complétée car le dossier ne comprend pas la (les) pièce (s) suivante (s) : .....

Cachet/Signature du responsable du service instructeur :

Date : .....

*La présente décision peut faire l'objet d'un recours administratif devant le tribunal administratif du ressort duquel dépend le domicile professionnel administratif du vétérinaire dans un délai de deux mois à compter de sa notification.*