



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional da Agricultura e do Desenvolvimento Rural
Direção Regional da Agricultura

Anexo 5 - PEDIDO DE ALTERAÇÃO OU MUDANÇA DAS CONDIÇÕES INICIAIS DE CENTRO DE ARMAZENAGEM DE SEMÉN/COLHEITA DE SEMÉN/EQUIPA DE COLHEITA E/OU PRODUÇÃO DE EMBRIÕES

1. Identificação do Requerente: (Indicar Registo Veterinário)

Nome Completo / Designação Social	<input type="text"/>		
NIF	<input type="text"/>	BI/CC /Outra forma de ID	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>		
Localidade	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/> - <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>

2. Designação do centro /equipa:

3. Tipo de centro ou organismo:

Centro de colheita de sémen:

Centro de armazenagem de sémen:

Equipa de colheita de embriões:

Equipa de produção de embriões:



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional da Agricultura e do Desenvolvimento Rural
Direção Regional da Agricultura

Equipa de colheita e produção de embriões:

4. **Espécie:**

Bovina Ovina/Caprina Suína Equina

5. **Tipo de alterações mudanças:**

- a) Mudança de instalações;
- b) Alterações nas instalações;
- c) Alteração do responsável técnico;
- d) Alteração da equipa técnica;
- e) Alteração de Agente de Inseminação Artificial
- f) Alteração da espécie armazenada ou germoplasma;
- g) Outros

6. **Tipo de alterações mudanças:**

Se assinalou a) e b)

- Localização completa, incluindo georreferenciação.
- Planta das instalações;
- Memória descritiva com descrição detalhada das instalações;
- Descrição do circuito do pessoal e animais (zonas limpas e sujas);
- Lista de equipamento existente;
- Descrição de processamento do sémen;
- Descrição do sistema de registos (procedimentos, animais, arquivo, rastreabilidade do sémen, etc.)
- Cópia da licença ou título de exploração atribuída ou certidão de registo comercial.

Se assinalou c) e d)

- Cópia da cédula profissional do médico veterinário
- *Curriculum vitae* do médico veterinário responsável
- Cartão de Responsável Técnico



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional da Agricultura e do Desenvolvimento Rural
Direção Regional da Agricultura

Declaro que as informações prestadas neste formulário correspondem à verdade

Data / /

Assinatura do requerente

Enquanto Responsável Técnico declaro dar cabal cumprimento no estabelecido na legislação.

Assinatura do Responsável Técnico

Enquanto Agente de Inseminação Artificial declaro dar cabal cumprimento no estabelecido na
Portaria n.º 155/2015, art.º 11.º

Assinatura do Agente de Inseminação Artificial

Enquanto Agente de Inseminação Artificial declaro dar cabal cumprimento no estabelecido na
Portaria n.º 155/2015, art.º 11.º

Assinatura do Agente de Inseminação Artificial