



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional da Agricultura e Alimentação
Direção Regional da Agricultura, Veterinária e Alimentação
Direção de Serviços de Veterinária e Alimentação

PEDIDO DE APROVAÇÃO DE CENTRO DE COLHEITA DE SÉMEN - Anexo 1

1. Identificação do Requerente:

Nome Completo /
Designação Social

NIF

BI/CC /Outra forma de
ID

Morada

Localidade

Código
Postal

E-mail

Telefone

Telemóvel

2. Designação proposta para o centro:

3. Espécie:

Bovina

Ovina/Caprina

Suína

Equina

4. Designação do Médico Veterinário Responsável:

Nome
Completo

NIF

BI/CC /Outra forma
de ID

Contacto
Telefónico

E-mail



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional da Agricultura e Alimentação
Direção Regional da Agricultura, Veterinária e Alimentação
Direção de Serviços de Veterinária e Alimentação

5. Identificação do pessoal afeto à manipulação do sémen:

Nome Completo	<input type="text"/>		
NIF	<input type="text"/>	BI/CC /Outra forma de ID	<input type="text"/>
Contacto Telefónico	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Nome Completo	<input type="text"/>		
NIF	<input type="text"/>	BI/CC /Outra forma de ID	<input type="text"/>
Contacto Telefónico	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

6. Documentação a entregar:

- 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 no âmbito do NREAP ou certidão de registo comercial;



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional da Agricultura e Alimentação
Direção Regional da Agricultura, Veterinária e Alimentação
Direção de Serviços de Veterinária e Alimentação

- Cópia da cédula profissional do médico veterinário;
- *Curriculum vitae* do médico veterinário responsável.

Declaro que as informações prestadas neste formulário correspondem à verdade

Data / /

Assinatura do requerente

Enquanto médico-veterinário responsável pelo centro declaro dar cabal cumprimento
no estabelecido na legislação.

Assinatura do médico-veterinário responsável pelo centro

O Responsável pelo CCS:

Outros Técnicos / Funcionários do CCS:
