



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 ARMAZENAGEM DE SÉMEN DE BOVINO DE ACESSO PÚBLICO - Anexo 2

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. Armazenamento de sémen de outras espécies:

4. Armazenamento de sémen de outras espécies

Sim Não



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. Solicitou Nº de Operador/Recetor

Sim Não

6. Identificação do(a) Responsável Técnico(a)

Nome Completo

NIF BI/CC /Outra forma de ID

Contacto Telefónico E-mail

7. Aplicação de Sémen

Identificação do agente de inseminação artificial

Nome Completo

NIF BI/CC /Outra forma de ID

Contacto Telefónico E-mail

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

Nome Completo			
NIF		BI/CC /Outra forma de ID	
Contacto Telefónico		E-mail	

11. 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 sêmen;
- Descrição do sistema de registos (procedimentos, animais, arquivo, rastreabilidade do sêmen, etc.)
- Cópia da licença ou título de exploração atribuída ou certidão de registo comercial;
- Cópia da cédula profissional do médico veterinário;
- *Curriculum vitae* do médico veterinário responsável;
- Cédula profissional do Responsável Técnico ou documento comprovativo de formação académica compatível com a função;
- Comprovativo(s) de aproveitamento no(s) curso(s) de inseminação artificial frequentado pelo(s) agente(s) de inseminação artificial



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

Declaro que as informações prestadas neste formulário correspondem à verdade

Data / /

Assinatura do requerente

Enquanto Responsável Técnico declaro dar cabal cumprimento no estabelecido Portaria n.º 155/2015, art.º 9º, bem como manter controlo técnico dos certificados sanitários e manutenção e aplicação de sémen.

Assinatura do Responsável Técnico

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

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 11º



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

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 11º

Assinatura do Agente de Inseminação Artificial