



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

1. Identificação do Requerente: (Indicar Registo Veterinário)

Nome Completo /
Designação Social

NIF

BI/CC /Outra forma de
ID

Morada

Localidade

Código
Postal

E-mail

Telefone

Telemóvel

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 Alimentação
Direção Regional da Agricultura, Veterinária e Alimentação
Direção de Serviços de Veterinária e Alimentação

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



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

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

Assinatura do Agente de Inseminação Artificial