



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 1 kwietnia 2019 r.

Poz. 611

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ROLNICTWA I ROZWOJU WSI<sup>1)</sup>

z dnia 18 marca 2019 r.

#### **zmieniające rozporządzenie w sprawie szkolenia z zakresu objawów klinicznych, epidemiologii oraz interpretacji wyników badań laboratoryjnych, odnoszących się do niektórych przenośnych gąbczastych encefalopatii**

Na podstawie art. 46b ust. 3 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz. U. z 2018 r. poz. 1967) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie szkolenia z zakresu objawów klinicznych, epidemiologii oraz interpretacji wyników badań laboratoryjnych, odnoszących się do niektórych przenośnych gąbczastych encefalopatii (Dz. U. poz. 767) załącznik nr 2 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi: *wz. R. Romanowski*

---

<sup>1)</sup> Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi kieruje działem administracji rządowej – rolnictwo, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi (Dz. U. poz. 1250).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Rolnictwa  
i Rozwoju Wsi z dnia 18 marca 2019 r. (poz. 611)

WZÓR

(Nazwa podmiotu prowadzącego  
szkolenie)

**ZAŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE UKOŃCZENIE SZKOLENIA**

Pan(i) .....

urodzony(-na) w ..... dnia .....

nr ewidencyjny PESEL\* .....

w dniach ..... odbył(a) szkolenie przeprowadzone przez

.....

z zakresu objawów klinicznych, epidemiologii oraz interpretacji wyników badań laboratoryjnych,  
odnoszących się do niektórych przenośnych gąbczastych encefalopatii.

Zaświadczenie jest wydane: na 5 lat, licząc od dnia jego wydania/na czas nieokreślony\*\*.

.....  
(podpis kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie)

.....  
(podpis i pieczęć wojewódzkiego lekarza weterynarii)

....., dnia .....  
(miejsowość)

\* W przypadku osoby fizycznej nieposiadającej obywatelstwa polskiego i numeru ewidencyjnego PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu tożsamości.

\*\* Niepotrzebne skreślić.