



## II/ IDENTIFICATION DES LIEUX D'EXERCICE VETERINAIRE, DES REMPLACANTS ET DES ASSISTANTS

Si vous exercez dans plus de deux DPE, merci de fournir leurs coordonnées ainsi que celles des éventuels remplaçants et assistants sur papier libre.

### DPE :

Dénomination : \_\_\_\_\_

N° SIRET : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### REPLAÇANTS :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

N° Ordre \_\_\_\_\_

Domicile professionnel administratif :

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Exerce dans le même DPE : Oui  Non

Nom \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

N° Ordre \_\_\_\_\_

Domicile professionnel administratif :

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Exerce dans le même DPE : Oui  Non

### ASSISTANTS(2)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Ecole de provenance \_\_\_\_\_

(2) Les assistants doivent être déclarés par ailleurs à la DD(CS)PP avec copie de leur déclaration à l'Ordre des vétérinaires et déclaration de la période d'assistance

### DPE :

Dénomination : \_\_\_\_\_

N° SIRET : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### REPLAÇANTS :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

N° Ordre \_\_\_\_\_

Domicile professionnel administratif :

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Exerce dans le même DPE : Oui  Non

Nom \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

N° Ordre \_\_\_\_\_

Domicile professionnel administratif :

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Exerce dans le même DPE : Oui  Non

### ASSISTANTS(2)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Ecole de provenance \_\_\_\_\_

## III/MODALITES D'EXERCICE

Veuillez cocher toutes les cases correspondant à votre activité

- Exercice en France  Exercice libéral :  Exercice individuel  Exercice en association
- Exercice en libre prestation de service  Salarié

#### IV/ DECLARATION D'ACTIVITES

- Carnivores domestiques     Bovins(\*)     Equins (\*)     Suidés (\*)     Volailles (\*)  
 Ovins ou caprins (\*)     Lagomorphes     Apiculture     Aquaculture     Autres : \_\_\_\_\_

(\*) Activités soumises à une obligation de formation continue

#### V/ AIRE GEOGRAPHIQUE D'EXERCICE

- Habilitation sanitaire classique : Noms des départements et numéros (5 départements maximum) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Habilitation sanitaire spécialisée (exercice national), mentionner le domaine d'exercice : \_\_\_\_\_

#### VI/ ENGAGEMENT ET SIGNATURE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, Docteur Vétérinaire, sollicite l'attribution de l'habilitation sanitaire pour exécuter dans l'ensemble des départements déclarés ci-dessus les missions dédiées aux vétérinaires sanitaires en application de l'article L. 203-1 du code rural et de la pêche maritime.

Je m'engage à :

- respecter les obligations relatives aux conditions d'exercice de l'habilitation sanitaire mentionnées notamment aux articles L 203-1, L 203-6, L. 223-5, R. 203-2 à R203-5, R. 203-7 à R.203-13 ;
- respecter les prescriptions techniques, et le cas échéant financières édictées par le Ministre chargé de l'Agriculture et ses représentants pour l'exécution des opérations réalisées dans le cadre de mon habilitation sanitaire ;
- concourir à la demande de l'autorité administrative, à l'exécution des opérations de police sanitaire mentionnées au I de l'article L. 203-8 concernant les animaux pour lesquels j'ai été désigné comme vétérinaire sanitaire ;
- tenir à jour les connaissances nécessaires à l'exercice de mon habilitation.
- à rendre compte au Directeur départemental en charge de la protection des populations de l'exécution de mes missions et des difficultés que je pourrais éventuellement rencontrer lors de leur exécution.

Je joins à ma demande une copie de mon inscription au tableau de l'Ordre en cours de validité, délivrée par le Président du Conseil Régional de l'Ordre de \_\_\_\_\_ et une copie des documents permettant d'attester que je satisfais à mes obligations de formation préalable à l'attribution de l'habilitation sanitaire.

Fait le \_\_\_\_\_ ; Signature :

#### DÉCISION DE LA DD(CS)PP - CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

L'habilitation sanitaire est :

- accordée
- refusée pour le motif suivant : \_\_\_\_\_
- La demande doit être complétée car le dossier ne comprend pas la pièce suivante : \_\_\_\_\_

DATE DE LA DECISION : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Signature du service instructeur :

*La présente décision peut faire l'objet d'un recours administratif devant le tribunal administratif du ressort duquel dépend le domicile professionnel administratif du vétérinaire dans un délai de deux mois à compter de sa notification.*