|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES DEL VETERINARIO O VETERNIARIA RESPONSABLE DE LA ADSG** | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | Número de documento: | | | |
| Nombre: | | 1º Apellido: | | | | 2º Apellido: | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | |
| Domicilio: | | | | | | | |
| Provincia: | | | C.P.: | | | | Población: |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | | | | Correo electrónico: | | |
| Denominación de la ADSG: | | | | | NIF: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Agricultura y Ganadería |
| **Finalidad** | Gestión de las ayudas a la agricultura y ganadería |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos. Reglamento (UE) 702/2014, de la Comisión de 25 de junio de 2014 |
| **Destinatarios/as** | Existe cesión datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: <https://rat.castillalamancha.es/info/0235> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA CERTIFICACIÓN** |
| La persona abajo firmante, como representante o presidente/a de la ADSG:          , con código ADSG |
| **CERTIFICA**:   1. Todas las explotaciones ganaderas de la ADSG obligadas a vacunar han ejecutado la vacunación de lengua azul 2. La ejecución de la vacunación de lengua azul, se ha realizado con los costes siguientes, acreditados con las correspondientes facturas de compra de vacunas expedidas a nombre de la ADSG.  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Nº FACTURA | Nº DOSIS  S4 bovino | Nº DOSIS  S4 ovino | IMPORTE JUSTIFICADO (€) | | 1 |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  | | 6 |  |  |  |  | | 7 |  |  |  |  | | 8 |  |  |  |  | | 9 |  |  |  |  | | 10 |  |  |  |  | | 11 |  |  |  |  | | 12 |  |  |  |  | | 13 |  |  |  |  | | 14 |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que:  Son ciertos los datos consignados en la presente certificación, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello  La persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal  **Documentación:**  Facturas  Justificantes del pago efectivo |

En       a       de       de

REPRESENTANTE O PRESIDENTE/A DE LA ADSG

Fdo.:

**ORGANISMO DESTINATARIO: DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, AGUA Y DESARROLLO RURAL EN**