|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ADSG Y SU PRESIDENTE/A O REPRESENTANTE** | | | | |
| Denominación de la ADSG: | | | | NIF: |
| Nombre del Presidente/a de la ADSG | 1º Apellido | 2º Apellido | | |
| Hombre  Mujer | NIF  NIE | | Nº Documento | |
| Nombre del representante: | 1º Apellido | | 2º Apellido: | |
| Hombre  Mujer | NIF  NIE | | Nº Documento | |

Rellenar sólo los puntos para los cuales se haya solicitado la ayuda.

Actuaciones realizadas entre el 16 de octubre de 2023 y el 15 de agosto de 2024

Utilizar tantos listados como sea necesario

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Control de parásitos** | | | | | | | | |
| Descripción de actividades realizadas y resultados obtenidos | | | |  | | | | |
| REGA sobre los que se aplica tratamiento | | | |  | | | | |
| REGA sobre los que se realiza coprocultivo | | | |  | | | | |
|  | Proveedor | Número de factura | Fecha emisión de la factura | | Concepto | Fecha/s pago factura | Importe  (sin IVA) | Nº animales tratados |
| 1 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Programa de limpieza, desinfección y desratización** | | | | | | | |
| Descripción de actividades realizadas y resultados obtenidos | | | |  | | | |
|  | Proveedor | Número de factura | Fecha emisión de la factura | | Concepto | Fecha/s pago factura | Importe (sin IVA) |
| 1 |  |  |  | |  |  |  |
| 2 |  |  |  | |  |  |  |
| 3 |  |  |  | |  |  |  |
| 4 |  |  |  | |  |  |  |
| 5 |  |  |  | |  |  |  |
| 6 |  |  |  | |  |  |  |
| 7 |  |  |  | |  |  |  |
| 8 |  |  |  | |  |  |  |
| 9 |  |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Control de leche y mamitis** | | | | | | | | |
| Descripción de actividades realizadas y resultados obtenidos | | | |  | | | | |
| REGA con prog. higiene | | | |  | | | | |
| REGA con animales tratados | | | |  | | | | |
| REGA con pruebas diagnosticas | | | |  | | | | |
|  | Proveedor | Número de factura | Fecha emisión de la factura | | Concepto | Fecha/s pago factura | Importe  (sin IVA) | Nº animales tratados |
| 1 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  | |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN** |
| **Documentación:**  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:  Facturas a nombre de la ADSG  Documentación justificativa del pago de las facturas indicadas anteriormente.  Programa sanitario mínimo obligatorio.  Otros: |

El/la abajo firmante, en calidad de representante de la ADSG, certifica que se ha ejecutado correctamente el programa sanitario presentado por esta ADSG junto con la solicitud de ayuda en todas las explotaciones que integran la ADSG, para los cuales se solicita ayuda y que los costes expuestos en los puntos anteriores se desprenden de la correcta ejecución de estos programas.

Asimismo, declara que son ciertos los datos consignados en el presente documento, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

En       a       de       de

REPRESENTANTE O PRESIDENTE/A DE LA ADSG

Fdo.: