|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA COMUNICANTE** |
|  Persona física [ ]  | NIF [ ]  NIE [ ]  | Número de documento:       |
| Nombre:       | 1º Apellido:      | 2º Apellido      |
| Domicilio:       |
| Provincia:      | C.P.:      | Población:      |
| Teléfono:      | Teléfono móvil:      | Correo electrónico:      |
| Nombre de la ADSG a la que pertenece la explotación (en su caso):       | Número de veterinario/a colegiado/a (en su caso):      |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE LA EXPLOTACIÓN** |
| Código de explotación      | Nombre de la explotación      |
| Municipio:      | Provincia:      | Código postal:      |
| Nombre de la persona titular:      | Teléfono móvil:      | Correo electrónico:      |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Ordenación Agropecuaria |
| **Finalidad** | Gestión de las autorizaciones, registros y licencias de agricultura y ganadería |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 8/2003, de 24 de abril, de sanidad animal.  |
| **Destinatarios** | Existe cesión de 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/0254**](https://rat.castillalamancha.es/info/0254) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA COMUNICACION**  |
| **COMUNICA:** la sospecha de la existencia de una enfermedad de declaración obligatoria |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE LOS ANIMALES** |
| Especie/s:      | Raza:      |
| Nº de crotales, microchips u otros sistemas de identificación:  |
|                           |                           |
| Número de animales afectados (enfermos):      | Fecha de aparición de los primeros síntomas:      | Número de bajas:      |

|  |
| --- |
| **ENFERMEDAD/ES DE LA/S QUE SE SOSPECHA**  |
|       |

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DE SIGNOS CLÍNICOS**  |
|       |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES**  |
|       |

En       a       de       de

Fdo.:

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