

## Solicitud para la designación de veterinario oficial en actividad cinegética

Datos del/la Solicitante	
Nombre y Apellidos .....	:
D.N.I .....	:
Dirección (calle/número) .....	:
Localidad y Código Postal .....	:
Teléfono/s .....	:
Actuando en:	
	Nombre Propio
	En representación de: <span style="float: right;">Con CIF/NIF:</span>

para la celebración de una actividad cinegética y a fin de dar cumplimiento al Decreto 230/2005, de 11 de octubre, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por el que se regula el Control Sanitario de las especies de caza silvestre y al amparo del Ley 14/1986, General de Sanidad, y al amparo del Artículo 22 del Decreto 47/2023 por el que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de la Atención Primaria de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura

**SOLICITA DESIGNACIÓN DE VETERINARIO OFICIAL para la actividad cinegética a realizar en:**

Datos de la actividad cinegética para la que se solicita	
Término Municipal de .....	:
Terreno Cinegético .....EX:	:
Fecha .....	:
Clase de Actividad .....	:

haciendo constar que las piezas se presentarán a la inspección en el local de evisceración y/o inspección post-mortem de piezas de caza emplazado en ..... y autorizado mediante documento n° ..... del cual se adjunta fotocopia.

Se hace constar que se ha procedido a la autoliquidación y pago de la Tasa por Control Sanitario de Actividades Cinegéticas, dispuesta por la Ley 18/2001(código 11013-5), y por cuantía actualizada al año en curso.

Adjuntando la copia del Modelo 50 n° ..... acreditativa ante la Administración del pago efectuado.

Fecha: .....

Firmado Nombre y apellidos: .....

A rellenar por la Administración
Vista la solicitud que antecede y cumpliendo los requisitos exigidos, esta Dirección de Salud designa a:
D./Dña..... Veterinario Oficial del Área de Salud de Coria para que actúe como inspector/a en la actividad cinegética antes indicada. Debiendo realizar la inspección de las piezas de caza abatidas y sus vísceras, colocación de marcas o precintos y extender la documentación sanitaria pertinente.
Fecha: ..... El/La Director/a de Salud de Área
Fdo.: .....

**SR/A. DIRECTOR/A DE SALUD DEL ÁREA DE SALUD DE CORIA**  
Código Unidad de Destino en registro electrónico de la Junta de Extremadura: **A11030210**