Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa

N° 16105*01

DEMANDE D'HABILITATION SANITAIRE OU DE MODIFICATION D'UNE HABILITATION SANITAIRE

Code rural et de la pêche maritime, notamment ses articles L 203-1, L 203-6, L. 223-5, R. 203-2 à R203-5, R. 203-7 à R.203-13.

À envoyer après complétion à la direction départementale en charge de la protection des populations du département dans lequel se trouve votre domicile professionnel administratif.

☐ **Première demande d'habilitation**

☐ **Demande de modification d'habilitation**
Dans ce cas, remplir le I et indiquer les éléments nouveaux

I/IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Numéro d'Ordre (1) :_____

Nom :_____

Prénom(s) :_____

Date de naissance :_____

DOMICILE PROFESSIONNEL ADMINISTRATIF :

Adresse de l'établissement : _____

Complément d'adresse :_____

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : _____

N° Siret : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone fixe : _____

Téléphone mobile :_____

Adresse électronique professionnelle (1')_____

Adresse électronique personnelle(1')_____

(1) *Joindre la copie d'une attestation d'inscription à l'Ordre des vétérinaires en cours de validité ou l'attestation de déclaration auprès de même Ordre pour les vétérinaires exerçant en libre prestation de service.*
(1') *Choisir l'adresse électronique avec laquelle vous souhaitez avoir des échanges avec la DDPP*

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 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

REMPLAÇANTS :

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 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

REMPLAÇANTS :

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.