***Amtliche Bescheinigung***

***Im Fall einer Notschlachtung außerhalb des Schlachtbetriebes gemäß Artikel 4 der delegierten Verordnung (EU) 2019/624 der Kommission***

*Amtliche Bescheinigung*

*Im Fall einer Notschlachtung außerhalb des Schlachtbetriebes*

Name des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin:…………………………………………………………

Nr.:………………………………………………………………………………………………………………….

**1. Identifizierung der Tiere**

Tierart:.......................................................................................................................................................................

Anzahl Tiere:.............................................................................................................................................................

Kennzeichnung:.........................................................................................................................................................

**2. Ort der Notschlachtung**

Name des Tierhalters: ……………………………………………………………………………………………..

Anschrift: ............................................................................................................................ ...............................................................................................................................

Kennnummer des Betriebs:.........................................................................................................................................

**3. Angaben zur Bestimmung der Tiere**

Die Tiere werden zu folgendem Schlachtbetrieb befördert: ...........................................................................................

...........................................................................................

...........................................................................................

mit folgendem Transportmittel:..................................................................................................................................

**4. Andere relevante Angaben**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**5. Erklärung**

Die/Der unterzeichnete Tierärztin/ Tierarzt erklärt, dass

1. die oben bezeichneten Tiere am………………. (Datum) um …………… Uhr im vorgenannten Betrieb der Schlachttieruntersuchung unterzogen und für schlachttauglich befunden wurden,
2. die Tiere am ……………………. (Datum) um ……………………… (Uhrzeit) geschlachtet wurden und die Schlachtung und das Ausbluten ordnungsgemäß durchgeführt wurden,
3. die Notschlachtung aus folgendem Grund durchgeführt wurde: ………………………………………….
4. Folgendes in Bezug auf Tiergesundheit und Tierschutz festgestellt wurde: …………………………
5. Das Tier/ die Tiere folgende Behandlungen erhalten hat/haben: …………………………………………
6. die Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen zu diesen Tieren den gesetzlichen Vorschriften genügten und einer Schlachtung der Tiere nicht entgegenstanden.

Ausgestellt in ............................................................................................................................................................

am .............................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................

Stempel und Unterschrift des amtlichen Tierarztes/ der amtlichen Tierärztin