

**GARRAIOBIDEAN INSEKTUAK HILTZEKO PROZEDURARI BURUZKO ADIERAZPEN  
ARDURADUNA  
DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE DESINSECTACIÓN DE MEDIOS DE  
TRANSPORTE**

**Adierazpe-agilearen datuak / Datos de la persona declarante**

|  |  |                         |  |
|--|--|-------------------------|--|
| Izen-abizenak<br>Nombre y apellidos      |  |                         |  |
| NAN / IFZ<br>DNI / NIF                   |  | Telefonoak<br>Teléfonos |  |
| Herria<br>Localidad                      |  | P. K.<br>C. P.          |  |
| Correo electrónico<br>Posta elektronikoa |  |                         |  |

**Garraioaidearen datuak / Datos del Transporte**

|                                     |  |                                       |  |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| ATES zk.<br>Nº ATES                 |  |                                       |  |
| Kamio matrikula<br>Matrícula camión |  | Atoia matrikula<br>Matrícula remolque |  |
| Herria<br>Localidad                 |  | P. K.<br>C. P.                        |  |

**DECLARACIÓN / ADIERAZPENA**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Adierazten dut:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aipatutako ibilgailuaaren arduraduna naizela</li> <li>• Aipatutako ibilgailua desinfektatu dut azpian aipatzen diren osasun agiriekin babesten duten mugimendua egin aurretik</li> </ul> | <p><b>Declaro que:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soy responsable del medio de transporte indicado</li> <li>• He desinsectado el vehículo citado antes de realizar el movimiento que amparan los documentos sanitarios mencionados</li> </ul> |
|---|---|

**Tratamendu datuak / Datos del Tratamiento**

| Intsektizida / Insecticida | Erabiltzeko era / Modo de aplicación | Ezartaren data / Fecha de la aplicación |
|----------------------------|--------------------------------------|---|
|                            |                                      |   |

**Mugimendua babesten duten osasun agirien zbk. / Núm. de los documentos sanitarios que amparan el movimiento**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(Tokia, data eta sinadura / Lugar, fecha y firma)