Ministerio de la Producción
Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos
Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria

SOLICITUD Nº .....

PARA SU PRESENTACION POR DUPLICADO EN LETRA DE IMPRENTA, AMBAS FIRMADAS EN ORIGINAL

SOLICITUD DE TRANSITO DE ANIMALES VIVOS A TRAVES DE TERRITORIO ARGENTINO

Declaro bajo *JURAMENTO* que la totalidad de los datos volcados en la presente solicitud son veraces así como, conocer la normativa vigente de aplicación del SENASA y de otros Organismos involucrados en esta operatoria:

La presente solicitud carece de validez para su presentación ante la DIRECCION DE ADUANAS

OPERACION DE TRANSITO

PAIS/ESTADO DE ORIGEN : _____ **PAIS DE DESTINO:** _____

PUNTO INGRESO : _____ **PUNTO EGRESO:** _____

Fecha Aprox.: ...../...../..... **Fecha Aprox.:** ...../...../.....

DETALLE DE LOS ANIMALES

ESPECIE:

CANTIDAD TOTAL:

OPERADOR COMERCIAL

NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____

DOMICILIO: _____ **LOCALIDAD:** _____

PROVINCIA: _____ **T.E./FAX:** _____

Declaro conocer los requisitos sanitarios vigentes en el SENASA para amparar esta operación

_____
Firma

_____
Aclaración

Lugar y Fecha _____

_____
Tipo de Documento y Nº

AUTORIZACION

DEPENDENCIA SENASA QUE AUTORIZA: _____

FECHA AUTORIZACION : _____ **CUPON DE PAGO Nº** _____

VALIDEZ: 30 DIAS CORRIDOS

.....
FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO AUTORIZANTE

Request Number ...

For presentation in duplicate in printed letter form, both having original signatures.

Transit Request of Live Animals Traveling thru Argentinian Territory

I declare under oath that all of the data below in the present request are true as well as to know the current regulations in application by SENASA and other organizations involved in this operation.

The present solicitation must be validated in order to be presented to Customs.

TRANSIT OPERATION	
Country/State of Origin:	Country Destination:
Point of Entry:	Point of Departure:
Approximate Date:	Approximate Date:

ANIMAL DETAILS
Species:
Total Quantity:

COMMERCIAL OPERATOR	
Name or Business Name:	
Residence:	Locality:
Province:	Telephone/Fax:

I declare to know the sanitary requirements enforced by SENESA in order to protect this operation.

_____
Signature

_____
Explanation

Date & Place _____

_____
Type of Document & Number

AUTHORIZATION	
Authorizing SENASA unit: Authorization Date:	Receipt Number
Validity: 30 Days	..... Signature and seal of authorizing official