



**המחלקה הווטרינרית מועצה מקומית אלפי מנשה**

**טופס בקשה והיתר – החזקת כלב או חתול בפיקוח והשגחה**

תאריך:

לכבוד

הרופא הווטרינר העירוני של (שם הרשות המקומית) / הרופא הווטרינר הממשלתי

**הנדון: בקשה להחזקת כלב או חתול בפיקוח והשגחה לפי סעיף 4ב לפקודת הכלבת**

אני, החתומ/ה מטה, מבקש/ת בזה לקבל היתר להחזקת בעל חיים בפיקוח והשגחה לפי סעיף 4ב לפקודת הכלבת.

**פרטי המבקש:**

שם מלא: מספר זהות:

כתובת:

מספר טלפון: דואר אלקטרוני:

המבקש/ת רשום/מה // אינו/ה רשום/מה כבעלים במרכז הארצי לרישום כלבים (מחק את המיותר).

אם המבקש/ת אינו/ה הבעלים, יש לציין את הקשר בין המבקש לבעלים:

**פרטי בעל החיים:**

סוג בעל החיים: (כלב / חתול)

תיאור בעל החיים (גזע, צבע, גיל, זכר/נקבה):

מספר שבב (כלב – חובה; חתול – אם יש):

מועד החיסון האחרון לכלב:

**פרטים על המקום המבוקש להחזקה בפיקוח והשגחה:**

**פרטי המחזיק במקום:**

שם מלא: מספר זהות:

כתובת המחזיק:

מספר טלפון: דואר אלקטרוני:

**פרטים על המקום:**

כתובת המקום:

בית פרטי / מרפאה / פנסיון / אחר: (מחק את המיותר)

חתימת המבקש/ת

רח' גילבוע 116 אלפי מנשה מיקוד 44851 טל' 09-9538244 פקס: 09-7947460

דואר אלקטרוני: reute@alfe-menashe.muni.il



## המחלקה הוטרינרית מועצה מקומית אלפי מנשה

יש לצרף לבקשה, כתנאי לבחינתה, את המסמכים שלהלן:

- צילום תעודת הזהות של המבקש/ת. אם הבקשה היא להחזקת בעל חיים במקום שאינו בהחזקת הבעלים, יש לצרף גם צילום תעודת הזהות של המחזיק במקום.
- אם הבקשה היא להחזקת כלב – רישיון להחזקת כלב.
- אם הבקשה היא להחזקת חתול – אסמכתאות לביצוע חיסוני כלבת.
- אם הבקשה היא להחזקת כלב או חתול בפיקוח במרפאה וטרינרית – תיעוד רפואי על קיום סיבה רפואית המצדיקה שלא להחזיקו במאורת בידוד.

### הצהרה והתחייבות

אני החתום/ה\* מטה מספר זהות מצהיר/ה ומתחייב/ת בזה כלהלן:

1. אני הבעלים של בעל החיים שפרטיו רשומים לעיל.
2. בעל החיים שפרטיו רשומים לעיל –  
(א) לא נמצא במהלך שלושת החודשים שקדמו לנשיכה באזור שבהתאם למידע שנמסר לי מהרופא הוטרינר העירוני או מהרופא הוטרינר הממשלתי הוכרז כנגוע בכלבת לפי סעיף 9 לפקודת הכלבת;  
(ב) לא היה במגע עם בעל חיים שחשוד כנגוע בכלבת במהלך 45 הימים שקדמו למועד הנשיכה, למיטב ידיעתי.
3. בעל החיים יוחזק על ידי ב- .
4. אני מתחייב/ת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיפים 4ב ו-16(ה)(5) לפקודת הכלבת ובתנאי ההיתר להחזקת בעל החיים בבידוד במקום שאינו מאורת בידוד.

תאריך

חתימת המצהיר/ה

רח' גילבוע 116 אלפי מנשה מיקוד 44851 טל' 09-9538244 פקס: 09-7947460

דואר אלקטרוני: reute@alfe-menashe.muni.il



## המחלקה הוטרינרית מועצה מקומית אלפי מנשה

\* אם הבקשה היא להחזקת בעל חיים במקום שאינו בהחזקת הבעלים, גם על המחזיק במקום לחתום על ההצהרה שלהלן:

### הצהרה והתחייבות של מחזיק שאינו הבעלים

אני החתום/ה מטה מספר זהות מצהיר/ה ומתחייב/ת בזה כלהלן:

בעל החיים שפרטיו רשומים לעיל יוחזק על ידי ב- .  
הייתה הבקשה להחזקת בעל החיים בהיתר לפי סעיף 16(ה)(2) לפקודת הכלבת –  
אני מתחייב/ת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיפים 4ב ו-16(ה)(5) לפקודת הכלבת  
ובתנאי ההיתר להחזקת בעל החיים בבידוד במקום שאינו מאורת בידוד.

הייתה הבקשה להחזקת בעל החיים בהיתר לפי סעיף 16(ה)(3) לפקודת הכלבת במרפאה וטרינרית

אני מצהיר כי במרפאה הוטרינרית בכתובת מתקיימים התנאים  
המאפשרים עמידה בדרישות המפורטות בסעיף 16(ה)(3) לפקודת הכלבת.

אני מתחייב לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיפים 4ב, 16(ה)(3) ו-16(ה)(6)  
לפקודת הכלבת ובתנאי ההיתר להחזקת בעל החיים בבידוד במקום שאינו מאורת בידוד.

תאריך

---

חתימת המצהיר/ה

רח' גילבוע 116 אלפי מנשה מיקוד 44851 טל' 09-9538244 פקס: 09-7947460

דואר אלקטרוני: reute@alfe-menashe.muni.il