



## DÉCLARATION DE L'AGRICULTEUR DEMANDEUR

- **Je demande** à bénéficier d'une indemnisation par le FMSE pour les coûts et pertes subies du fait la lutte contre le botulisme ;
- **J'atteste sur l'honneur** l'exactitude des informations portées sur le présent formulaire et sur les pièces justificatives ;
- **J'atteste sur l'honneur** que je n'ai pas obtenu pour les mêmes préjudices une autre indemnité que celle indiquée sur le présent formulaire, ni une indemnisation de ma compagnie d'assurance. Dans le cas contraire je fournis au FMSE les documents attestant la nature et le montant de l'indemnité ou de l'aide ;
- **J'atteste** être affilié au FMSE et à sa section Aviculture Cuniculture ;
- **J'atteste** être une petite et moyenne entreprise opérant dans le secteur de la production agricole primaire ;
- **J'atteste** avoir connaissance du fait que pour être indemnisé je dois avoir strictement respecté la réglementation sanitaire ;
- **J'atteste** avoir pris connaissance du cahier de charges techniques précisé dans la notice d'information jointe ;
- **Je m'engage à** fournir tout document ou justificatif demandé par le FMSE ou par l'administration, à soumettre et à faciliter l'ensemble des contrôles exercés par l'administration ou par le FMSE, à permettre l'accès à mon exploitation aux autorités compétentes pour les contrôles, et à faciliter ces contrôles ;
- **Je cède** au FMSE mon droit éventuel à réparation ;
- **Je suis informé(e)** qu'en cas d'irrégularité ou de non-respect de mes engagements, le remboursement des sommes perçues sera exigé, majoré d'intérêts de retard et éventuellement de pénalités financières, sans exclure les poursuites et sanctions prévues dans les textes en vigueur ;
- **Je suis informé(e)** que mes données personnelles présentes dans mon dossier de demande d'indemnisation seront conservées au FMSE sans transmission à des tiers autres que les services concernés par l'instruction et le contrôle de ma demande en application de la réglementation européenne.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Nom, prénom et signature**

*Le signataire est l'exploitant,  
ou le gérant en cas de forme sociétaire,  
ou **tous les associés** en cas de GAEC.  
Chaque signataire doit indiquer son **nom et prénom***

Veillez à conserver l'original de cette déclaration pendant au moins 5 ans

**ANNEXE 1 AU DOSSIER DE DEMANDE D'INDEMNISATION  
POUR LE PROGRAMME BOTULISME 2023-2024 - BOTA-1-2023-F (N°230)**

***Renseigner les champs nécessaires à votre demande d'indemnisation***

**Attestation du foyer de botulisme et des premières mortalités**

**ATTESTATION PAR LE CABINET VÉTÉRINAIRE AYANT RÉALISÉ LA VISITE DE SUSPICION**

Je soussigné Dr \_\_\_\_\_, vétérinaire de l'exploitation dont la raison sociale est \_\_\_\_\_ certifie avoir réalisé une visite de suspicion suite à l'apparition de signes cliniques évocateurs de botulisme en date du \_\_\_\_\_, et avoir réalisé un prélèvement pour confirmation du diagnostic. Le résultat de l'analyse PCR était positif au botulisme. Je certifie que les premières mortalités liées au botulisme sont survenues à partir du \_\_\_\_\_.

Le :

Cachet et signature :