



**Service de la consommation et
des affaires vétérinaires**

Affaires vétérinaires
Ch. des Boveresses 155
Case postale 68
1066 Epalinges

Déclaration

Le/la soussigné/e, demandeur d'une autorisation de pratiquer la médecine vétérinaire **à titre dépendant avec responsabilité professionnelle** dans le canton de Vaud, déclare :

- être salarié d'un cabinet vétérinaire
- assumer des tâches de supervision
- exercer sous sa propre responsabilité professionnelle

au sens de l'art. 76, al. 3 de la Loi sur la santé publique du 29 mai 1985.

Nom : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Adresse privée: Tél. no :

No postal : Localité :

Nom de l'employeur :

Adresse du cabinet vétérinaire :

Lieu et date : Signature :

**Document à joindre à la demande d'autorisation de pratiquer
la médecine vétérinaire et à envoyer au SCAV-Affaires vétérinaires**