**Zakład Gospodarki Komunalnej**

**w Gietrzwałdzie**

**ul. Olsztyńska 2, 11-036 Gietrzwałd**

**DEKLARACJA**

**OSÓB SPOŁECZNIE OPIEKUJĄCYCH SIĘ**

**WOLNO ŻYJĄCYMI KOTAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko opiekuna społecznego kotów wolno żyjących |  |
| Adres zamieszkania numer telefonu |  |
| Zwierzęta objęte opieką , ich liczba i płeć |  |
| Miejsce przebywania zwierząt |  |
| Forma udzielanej zwierzętom opieki |  |
| Informacje dodatkowe/ np. informacja o konieczności wykonania zabiegów: sterylizacji lub kastracji lub usypiania ślepych miotów |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Gietrzwałd w 2014 roku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

……………………. ………………......................

miejscowość, data podpis

 opiekuna społecznego

**Zakład Gospodarki Komunalnej**

**w Gietrzwałdzie**

**ul. Olsztyńska 2, 11-036 Gietrzwałd**

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA**

**NA ZABIEG STERYLIZACJI/ KASTRACJI\* LUB UŚPIENIA ŚLEPYCH MIOTÓW \***

**w ramach „Programu zapobiegania bezdomności zwierząt**

**na terenie Gminy Gietrzwałd w 2014 r.”.**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Adres zamieszkania numer telefonu |  |
|  Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu. |  |
| Rodzaj zabiegu: sterylizacja\* (szt.)Kastracja\* (szt.)Uśpienie ślepego miotu\* (szt.) |  |
| Miejsce przebywania zwierząt |  |
| Informacje dodatkowe |  |

Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do zabiegu zwierzęta są zwierzętami bezdomnymi. Zobowiązuję się do doprowadzenia zwierząt do lecznicy wskazanej przez Gminę Gietrzwałd, w której dokonany zostanie zabieg oraz odebrania zwierząt z lecznicy.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Gietrzwałd w 2014 r. zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).*

……………………. ………………......................

miejscowość, data podpis

 opiekuna społecznego

\*Niepotrzebne skreślić

W przypadku zgłoszenia ślepego miotu należy uzasadnić przyczynę wykonania zabiegu. Usypianie ślepych miotów dokonywane będzie w sytuacjach wyjątkowych, np. w przypadku choroby zwierząt.