**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA NA ZABIEG STERYLIZACJI/KASTRACJI**

|  |
| --- |
| **WÓJT GMINY REWAL**  za pośrednictwem **REFERATU OCHRONY ŚROSOWISKA**  ul. Mickiewicza 19, 72-344 Rewal  Tel. 91 38 49 024; fax. 91 38 49 029; e-mail: sekretariat@rewal.pl |

**DANE OPIEKUNA SPOŁECZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  opiekuna społecznego |  | | | | | | | |
| Ulica |  | | Nr domu | |  | Nr lokalu |  | |
| Miejscowość |  | | Kod pocztowy | |  | | | |
| e-mail[[1]](#footnote-1) |  | | Telefon[[2]](#footnote-2) | |  | | | |
| **DANE ZWIERZĘCIA** | | | | | | | | |
| Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.) | |  | | | | | | |
| Rodzaj zabiegu | | kastracja | |  | sterylizacja | | |  |
| Miejsce przebywania zwierząt | |  | | | | | | |
| Termin dostarczenia zwierząt/zwierzęcia do  Gabinetu Weterynaryjnego | |  | | | | | | |
| **OBOWIĄZKI OPIEKUNA SPOŁECZNEGO** | | | | | | | | |
| **Opiekun społeczny zobowiązany jest:**  - uzgodnić ze wskazanym lekarzem weterynarii, termin wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji,  - dostarczyć wolno żyjące zwierzę do miejsca wykonania zabiegu, we własnym zakresie,  - odebrać wolno żyjące zwierzę po wykonanym zabiegu, we własnym zakresie,  - zapewnić wolno żyjącemu zwierzęciu opiekę, do czasu powrotu wszystkich czynności fizjologicznych do normy,  - po zakończeniu rekonwalescencji wypuścić wolno żyjące zwierzę w miejsce jego wcześniejszego bytowania. | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE** | | | | | | | | |
| Oświadczam, że zwierzęta zgłoszone przeze mnie do zabiegu bezpłatnej sterylizacji/kastracji są zwierzętami dziko żyjącymi a także, że podejmę się opieki nad nimi w okresie rekonwalescencji po zabiegu. | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Rewal, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.). | | | | | | | | |

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

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

1. nieobowiązkowo [↑](#footnote-ref-1)
2. nieobowiązkowo [↑](#footnote-ref-2)