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

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

**DANE OPIEKUNA SPOŁECZNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwiskoopiekuna 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 doGabinetu 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)