Załącznik nr 2 do

**„Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi**

**oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie gminy Rewal”**

 **GMINA REWAL**

 **REFERAT OCHRONY ŚRODOWISKA I GOSPODAROWANIA ODPADAMI KOMUNALNYMI**

 ul. Mickiewicza 19, 72-344 Rewal

NIP 857-10-02-427, REGON 000544237

 Tel. 91 38 49 011, fax. 91 38 49 029

 Rewal, dnia …………………………………………..………

**WNIOSEK O SKIEROWANIE KOTA WOLNOŻYJĄCEGO NA ZABIEG STERYLIZACJI/KASTRACJI**

**Imię i nazwisko osoby zgłaszającej** (opiekuna społecznego ) : …………………………………………………………………….

**Adres:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……

**Telefon**…………………………………………………………….……….…..

1. **Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu …………… szt.**
2. **Rodzaj zabiegu :**
* **sterylizacja …………………. szt.**
* **kastracja ……………………. szt.**

##### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że koty zgłoszone przeze mnie do zabiegu bezpłatnej sterylizacji/kastracji są kotami dziko żyjącymi a także, że podejmę się opieki nad nimi w okresie rekonwalescencji po zabiegu.

Wyrażam zgodę na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.), na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Urzędu Gminy w Rewalu, w zakresie jw. w celu realizacji usługi bezpłatnej sterylizacji i kastracji kotów dziko żyjących.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie w niniejszym wniosku nieprawdy zgodnie z art. 233 KK, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych, zamieszczonych powyżej.**

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

 (miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)