Załącznik nr 1 do regulaminu

………………………………..……………… pieczęć Urzędu Gminy Żyrzyn

# WNIOSEK WŁAŚCICIELA O WYKONANIE ZABIEGU STERYLIZACJI\* PSA/KOTA\* W 2021 ROKU, W RAMACH PROGRAMU „STERYLIZACJA ZWIERZĄT WŁAŚCICIELSKICH”

CZĘŚĆ A (obszar zacieniony wypełnia Wnioskodawca)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   ………………………………………………………………………… imię i nazwisko wnioskodawcy  …………………………………………………………..……………. miejsce zamieszkania wnioskodawcy  …………………………………………………………. nr PESEL  ……………………………………………………………………….... telefon kontaktowy / email   Proszę o wykonanie zabiegu sterylizacji psa/kota\*, którego jestem właścicielem:  imię ……………….………………………………………………….  data urodzenia …….…………………... płeć ……………………  rasa ……………….…………… maść ……………………………  nr chipa ……………………………………………………...………  Dotyczy tylko psa:  * waga ……………………………………………………………..

 * data ostatniego obowiązkowego szczepienia przeciwko wściekliźnie (wymagane okazanie dowodu szczepienia):

 ……….……………………………………………………...................   | 1. 23.   | Gmina pokrywa koszty wyłącznie sterylizacji standardowej I uwzględnia sterylizację aborcyjną, Gmina Żyrzyn finansuje 100% kosztów zabiegu sterylizacji zwierząt. Przy czym koszt zabiegu obejmuje: 1. premedykację oraz procedurę znieczulenia ogólnego,
2. wykonanie standardowego zabiegu sterylizacji w narkozie a w razie potrzeby sterylizacji aborcyjnej
3. zapewnienie psu/kotu opieki pooperacyjnej do czasu wybudzenia psa/kota z narkozy, w tym podanie środka przeciwbólowego i antybiotyku
4. wizytę kontrolną, w siedzibie zakładu leczniczego dla zwierząt, obejmującą badanie kliniczne oraz zdjęcie szwów.

Gmina nie będzie finansować: 1. zabiegów przygotowujących zwierzę do zabiegu sterylizacji:
* badania biochemicznego i innych badań dodatkowych oraz gdy lekarz weterynarii stwierdzi konieczność wykonania takiego badania ze względu na stan zdrowia zwierzęcia,
* odrobaczenia, szczepienia czy też odpchlenia,
1. kontynuacji leczenia lekami przeciwzapalnymi, przeciwbólowymi po zdjęciu szwów,
2. opieki stacjonarnej po wykonanym zabiegu ani dodatkowego leczenia w razie nieprzewidzianych powikłań wynikających z samookaleczenia się zwierzęcia z powodu niedopilnowania przez właściciela (wygryzanie szwów) bądź wystąpienia uczulenia na szwy,
3. utylizacji zwłok w przypadku nieprzewidzianych zdarzeń losowych podczas zabiegu bądź w trakcie rekonwalescencji,
4. zapewnienia przez gabinet weterynaryjny kaftanika pooperacyjnego lub kołnierza dla zwierzęcia,
5. wszczepienie transpondera („chipa”) zwierzęciu wcześniej nieoznakowanemu.
 |
| Wniosek został pozytywnie/negatywnie\* zweryfikowany przez Referat Inwestycji, Gospodarki I Ochrony Środowiska w Żyrzynie   ……………..........................................................  data i podpis pracownika weryfikującego wniosek   Uwagi: weryfikacja pozytywna lub powód odmowy wydania zgody na zabiegi sterylizacji : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………..   .................................................................................  data i podpis pracownika weryfikującego wniosek |

 \*niepotrzebne skreślić

 ….…..…………………………………………………………………………………

 Data i czytelny podpis właściciela zwierzęcia (uczestnika Programu)

Realizując obowiązek informacyjny, określony w art. 13 rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia
27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Żyrzyn, Gmina Żyrzyn, ul. Powstania Styczniowego 10, 24-103 Żyrzyn;
2. z Administratorem można się skontaktować za pośrednictwem Inspektora Ochrony Danych Osobowych pod adresem:, Gmina Żyrzyn, ul. Powstania Styczniowego 10, 24-103 Żyrzyn ,
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji programu „STERYLIZACJA ZWIERZĄT WŁAŚCICIELSKICH”
4. odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej w zakresie i celach, które wynikają z przepisów prawa jak również inne podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umów zawartych z Gminą Żyrzyn
5. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do prowadzenia czynności związanych z realizacją programu lub do czasu cofnięcia udzielonej zgody, a następnie archiwizowane zgodnie z kategorią archiwalną jednolitego rzeczowego wykazu akt. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
6. posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
7. Organem nadzorczym nad administratorem danych osobowych jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, do którego przysługuje prawo wniesienia skargi za każdym razem, gdy w Państwa ocenie dane będą przetwarzane w sposób nieprawidłowy;
8. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora będzie skutkować brakiem możliwości świadczenia usług w ramach w/w programu
9. Państwa dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Zgodnie z art. 7 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji programu „STERYLIZACJA ZWIERZĄT WŁAŚCICIELSKICH”

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

 data i czytelny podpis właściciela zwierzęcia (uczestnika Programu)

Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami programu sterylizacji psów i kotów posiadających właścicieli w roku 2021.
2. Oświadczam, że jestem właścicielem wskazanego w zgłoszeniu zwierzęcia i zobowiązuję się do opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegu oraz ponoszenia ewentualnych kosztów z tym związanych.

Ponadto posiadam książeczkę zdrowia zwierzęcia.

1. Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym

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

 miejscowość, data czytelny podpis właściciela zwierzęcia

CZĘŚĆ B wypełnia gabinet weterynaryjny (obszar zacieniony wypełnia Wnioskodawca)

|  |
| --- |
|  Oświadczam, że: * zwierzę zostanie/zostało poddane min. 12-godzinnej głodówce przed zabiegiem,
* zostałem poinformowany o ryzyku związanym ze znieczuleniem ogólnym i ww. zabiegiem,
* od ostatniego szczepienia upłynęły co najmniej 2 tygodnie,
* suki i kotki nie są w trakcie rui/cieczki,
* zastosuję się do otrzymanych zaleceń pooperacyjnych.

 Żyrzyn, dnia …………………………………….  ……………………………………………………………………  czytelny podpis właściciela zwierzęcia (uczestnika Programu) obowiązkowo   |

Uwagi: Wykonane zabiegi (rodzaj, data, nr czipa, koszt wg. umowy, powód odmowy)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Wykonano/nie wykonano\* zabieg sterylizacji psa/kota\*:

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

 data i podpis lekarza weterynarii

\* niepotrzebne skreślić