***Załącznik Nr 3*** *do Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Kolno na 2025 rok*

**Urząd Gminy Kolno**

**Kolno 33**

**11-311 Kolno**

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA NA ZABIEG STERYLIZACJI I KASTRACJI ZWIERZĄT** **LUB UŚPIENIA ŚLEPYCH MIOTÓW**

***w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Kolno na 2025 rok”***

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko (nazwa organizacji/jednostki) opiekuna/właściciela |  |
| Adres zamieszkania lub siedziby |  |
| Numer telefonu, email |  |
| Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.) |  |
| Rodzaj zabiegu | Sterylizacja(szt.) | Kastracja (szt.) | Uśpienie ślepego miotu (szt.) |
|  |  |  |
| Miejsce przebywania zwierząt |  |
| Informacje dodatkowe |  |

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, że zgłoszony/e kot/y przeze mnie do zabiegu **sterylizacji/kastracji lub uśpienia ślepych miotów kot/y jest/są bezdomne/wolnożyjące.**

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, że jestem właścicielem kota/ów zgłoszonego/ych przeze mnie do zabiegu **sterylizacji/kastracji lub uśpienia ślepych miotów.**

Zobowiązuję się do doprowadzenia zwierząt do zakładu leczniczego dla zwierząt, w którym dokonany zostanie zabieg oraz odebrania zwierząt 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 Kolno na 2025 rok” zgodnie z ustawą z dnia 10 maj 2018 r*. o ochronie danych osobowych* (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

…………………………… ………………………………..

 Miejscowość, data podpis opiekuna społecznego zwierząt