…………………………………………… Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 44/2021 Burmistrza

(imię i nazwisko) Gminy i Miasta Szadek

z dnia 17 maja 2021 r.

…………………………………………….

(miejsce zamieszkania)

…………………………………………….

(telefon kontaktowy)

Burmistrz Gminy i Miasta Szadek

98- 240 Szadek, ul. Warszawska 3

WNIOSEK O SFINANSOWANIE ZABIEGU STERYLIZACJI KOTKI LUB KASTRACJI KOTA W RAMACH PROJEKTU „Przyjaciel nie problem — pomóż zaplanować populację kotów"

Zwracam się z prośbą o sfinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji kota:

Płeć ……………………………………………………

Rodzaj zabiegu ……………………………………….

Orientacyjna waga (kg) ……………………………….

Rasa ……………………………………………………

Orientacyjny wiek ……………………………………………………

Umaszczenie i znaki szczególne ………………………………………………………………………

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

Kotka poddana sterylizacji lub kot poddany kastracji zostaną oznakowane poprzez nacięcie lewego ucha - jest to międzynarodowa forma znakowania eliminująca ponowne odłowienie.

Wykaz czynności objętych zabiegiem wykonywanym przez przychodnię weterynaryjną:

- wizyta kwalifikująca, w tym badanie kliniczne przed zabiegiem,

- wykonanie standardowego zabiegu sterylizacji/kastracji,

- zapewnienie zwierzęciu opieki pooperacyjnej do czasu wybudzenia z narkozy, w tym podanie środka

przeciwbólowego i antybiotyku,

- wizyta kontrolna, w tym badanie kliniczne oraz ewentualne zdjęcie szwów.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Gminy i Miasta Szadek.
2. Inspektorem Danych Osobowych jest Piotr Wojtowicz, kontakt: [iod@ugimszadek.pl](mailto:iod@ugimszadek.pl)
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest wykonanie przez Administratora zadania w interesie publicznym, tj. sterylizacji/kastracji zwierząt.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. e ogólnego rozporządzenia   
   o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. tj. w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym.
5. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres 5 lat.
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.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich nie podanie będzie skutkowało brakiem możliwości wykonania sterylizacji/kastracji.
9. Wobec Pana/Pani nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany.
10. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

Szadek, dnia …………………. ……………………………………………..

czytelny podpis

WYPEŁNIAJĄ PRACOWNICY URZĘDU GMINY I MIASTA W SZADKU

DECYZJA NR …………

Wniosek został **POZYTYWNIE / NEGATYWNIE zweryfikowany** przez 2 pracowników Urzędu Gminy i Miasta w Szadku.

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

Data i czytelny podpis dwóch pracowników przyjmujących wniosek

\*- Opiekun: jako „opiekun” rozumie się: pracownika Urzędu Gminy i Miasta w Szadku, opiekunów zamieszkujący na terenie gminy i miasta Szadek, a także osobę zgłaszającą z terenu Gminy i Miasta Szadek oraz stowarzyszenie lub fundację nie posiadającą siedziby na terenie Gminy i Miasta Szadek.