Załącznik do Program opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Nowa Wieś Lęborska na rok 2024.

Nowa Wieś Lęborska, dnia ………………..………..

**Wójt Gminy Nowa Wieś Lęborska,**

**ul. Grunwaldzka 24,**

**84-351 Nowa Wieś Lęborska**

**WNIOSEK**

**O SKIEROWANIE KOTA WOLNO ŻYJĄCEGO NA ZABIEG KASTRACJI**

1. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej kota/y:

………………………………………………………….………………

1. Adres zamieszkania osoby zgłaszającej:

………………………………………………………….…………………

tel. ………………………………………., e-mail: ……...………………

1. Zwierzęta zgłoszone do zabiegu:

liczba (szt.)………………………………….…..

Kotka (szt.) : …………………, Kocur (szt.)……..………

1. Miejsce przebywania zwierząt:

……………………………………………..………………………………………

**Oświadczenie wnioskodawcy:**

Z uwagi na to, że Urząd Gminy w Nowej Wsi Lęborskiej ponosi jedynie koszt wykonania zabiegu kastracji kotów wolno żyjących (kotek i kocurów) zobowiązuje się do zapewnienia kotu/kotce opieki pooperacyjnej.

**Regulamin wydawania wniosków na kastracje samic i samców kotów wolno żyjących:**

1. Wnioski wydawane są wyłącznie osobom fizycznym.
2. Wnioski wydawane są tylko i wyłącznie na zabiegi dla kotów wolno żyjących.
3. Każda osoba podpisuje oświadczenie, że kot zgłoszony do zabiegu kastracji jest kotem wolno żyjącym.
4. W przypadku stwierdzenia przez lekarza weterynarii, że kot jest zwierzęciem domowym lekarz ma prawo odmówić zabiegu.
5. Wnioski wydawane są na maksymalnie 5 kotek/kotów jednocześnie.

Z prawidłowo wypełnionym i podpisanym wnioskiem o skierowanie kota wolno żyjącego na zabieg sterylizacji/ kastracji należy udać się do lek. wet. Adelajda Wierzbicka, lek. wet. Tomasz Wierzbicki,

1. **Gabinet Weterynaryjny, A.T. Wierzbiccy**

**ul. Kossaka 78,**

**84-300 Lębork**

**Tel. 509 854 516**

**Tel. 513 243 678**

.................................................................

Podpis osoby wnioskującej

Realizując obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych na stronie Biuletynu Informacji Publicznej w zakładce ochrona danych osobowych umieszczone zostały szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem Państwa danych osobowych.

*Wypełnia lekarz weterynarii*

**POTWIERDZENIE WYKONANIA ZABIEGU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Płeć | Data zabiegu i znakowania | Osoba zgłaszająca kota wolno żyjącego do zabiegu | Informacje dodatkowe, w tym postępowanie z kotka/kotem po zabiegu |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

..................................................................

Podpis lekarza weterynarii

przeprowadzającego zabieg

\* niepotrzebne skreślić