

**Gmina Gietrzwałd  
Zakład Usług Komunalnych  
w Gietrzwałdzie  
ul. Olsztyńska 2, 11-036 Gietrzwałd**

**DEKLARACJA  
OSÓB SPOŁECZNIE OPIEKUJĄCYCH SIĘ  
WOLNO ŻYJĄCYMI KOTAMI**

Imię i nazwisko opiekuna społecznego kotów wolno żyjących	
Adres zamieszkania numer telefonu	
Zwierzęta objęte opieką , ich liczba i płeć	
Miejsce przebywania zwierząt	
Forma udzielanej zwierzętom opieki	
Informacje dodatkowe/ np. informacja o konieczności wykonania zabiegów: sterylizacji lub kastracji lub usypiania ślepych miotów	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Gietrzwałd zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922) przy zachowaniu prawa dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawienia.

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis  
opiekuna społecznego

Gmina Gietrzwałd  
Zakład Usług Komunalnych  
w Gietrzwałdzie  
ul. Olsztyńska 2, 11-036 Gietrzwałd

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA  
NA ZABIEG STERYLIZACJI/ KASTRACJI\* LUB UŚPIENIA ŚLEPYCH MIOTÓW \*  
w ramach Programu zapobiegania bezdomności zwierząt  
na terenie Gminy Gietrzwałd.**

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania numer telefonu	
Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu.	
Rodzaj zabiegu: sterylizacja* (szt.) Kastracja* (szt.) Uśpienie ślepego miotu* (szt.)	
Miejsce przebywania zwierząt	
Informacje dodatkowe	

Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do zabiegu zwierzęta są zwierzętami bezdomnymi. Zobowiązuję się do doprowadzenia zwierząt do lecznicy wskazanej przez Gminę Gietrzwałd, w której dokonany zostanie zabieg oraz odebrania zwierząt z lecznicy.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Gietrzwałd zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 822) przy zachowaniu prawa dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawienia.*

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis  
opiekuna społecznego

\*Niepotrzebne skreślić

W przypadku zgłoszenia ślepego miotu należy uzasadnić przyczynę wykonania zabiegu. Uśpienie ślepych miotów dokonywane będzie w sytuacjach wyjątkowych, np. w przypadku choroby zwierząt.