Załącznik Nr 1

 do Regulaminu programu „Kastracja i czipowanie

 psów właścicielskich” w ramach zadania „Zapobieganie”

 bezdomności zwierząt w Gminie Myszyniec

Wypełnia organ

NR …………./2024

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE,**

**DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI**

**WNIOSEK**

**do udziału w programie „Kastracja i czipowanie psów właścicielskich” w ramach zadania**

**„Zapobieganie bezdomności zwierząt w Gminie Myszyniec”**

**A. Wnioskodawca (właściciel zwierzęcia):**

Imię i nazwisko:..........................................................………………………………………………………………………......

Adres zamieszkania: .....................................................……………………………………………………………..............

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………………………………………….…….….…….

**B. Informacje o zwierzęciu:**

Imię: …………………...………………………………………. Gatunek: ………………………………..….…………………

Rasa: …………………………………………..……..……….. Płeć: …………………………………………………………….

Wiek: …………………………………………………………… Waga: …………………………………………………………..

Nr czipa (jeśli posiada):………………………………………………………………………………………………………..

Baza danych rejestracji czipa:………………………………………………………………………………………………..

**C. Rodzaj zabiegu do wykonania:**

(zaznaczyć **„X”** właścicwe)

 kastracja

 czipowanie

**D. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję regulamin programu pn. „Kastracja i czipowanie psów właścicielskich”.

2. Oświadczam, że jestem właścicielem/opiekunem wskazanego we wniosku zwierzęcia i jestem mieszkańcem Gminy Myszyniec.

3. Oświadczam, że zobowiązuję się:

- dowieźć zwierzę do wskazanego gabinetu weterynaryjnego na zabieg,

- do opieki nad zwierzęciem w okresie pozabiegowym,

- do poniesienia dodatkowych kosztów, w przypadku wystąpienia podczas zabiegu lub bezpośrednio po nim konieczności przeprowadzenia innych procedur leczniczych lub podania leków.

4. Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji programu „Kastracja i czipowanie psów właścicielskich”, w tym wprowadzenia ich do bazy SAFE ANIMAL.

5**.** Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją

o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich

danych i prawie ich poprawiania, w tym o prawie do żądania ich usunięcia.

**E. Klauzula informacyjna:**

Działając na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1, informuję, że:

1) administratorem danych osobowych jest Gmina Myszyniec reprezentowana przez Burmistrza z siedzibą przy ul. Plac Wolności 60, 07-430 Myszyniec;

2) administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym w sprawach dotyczących danych osobowych można się kontaktować za pośrednictwem adresu mailowego: iod@drmendyk.pl;

3) celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja wniosku złożonego w ramach programu „Kastracjai czipowanie psów właścicielskich”, a dane osobowe przetwarzane będą na podstawie zgody wnioskodawcy art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE. L Nr 119);

4) dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich i nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów lub podmiotów przetwarzających dane w imieniu administratora danych osobowych;

5) dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku oraz do ewentualnego zakończenia realizacji zadania, a także w okresie przechowywania dokumentacji związanej z realizacją zadania zgodnie z odrębnymi przepisami;

6) wnioskodawcy przysługuje prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, zmiany lub ograniczenia przetwarzania,

7) wnioskodawca ma prawo wniesienia skargę do organu nadzorczego, to jest Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa,

8) podanie danych jest dobrowolne lecz niezbędne dla rozpatrzenia wniosku złożonego w ramach programu „Kastracja i czipowanie psów właścicielskich”,

9) dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.

**F. Osoba upoważniona do odbioru skierowania:**

Imię i nazwisko:....................................……………………………………………………………………………………………......

Adres zamieszkania: .....................................................……………………………………………………………..............

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………………………………………….…….….…….

**Załączniki:**

□ Kserokopia aktualnego obowiązkowego szczepienia przeciwko wściekliźnie.

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis właściciela zwierzęcia)

**Uwaga:** Ilość zabiegów kastracji i czipowania psów właścicielskich z Gminy Myszyniec jest ograniczona posiadanymi na ten cel środkami finansowymi. O zakwalifikowaniu zwierzęcia do zabiegów decyduje kolejność zgłoszeń. Zabieg kastracji i czipowania może być wykonany tylko u jednego zwierzęcia z danego gospodarstwa domowego.

**G. Adnotacje Organu:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**