Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia: Choszczno, dnia…......................

……………………………………………..

Adres zamieszkania:.

…………………………………………….

……………………………………………. **Burmistrz Choszczna**

Numer telefonu:

……………………………………………..

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE ZABIEGU STERYLIZACJI/KASTRACJI/ PSA/KOTA\***

**w ramach programu ,Nasze Zwierzaki"**

**w projekcie „Z przyjaźni do zwierząt: opieka, sterylizacja i edukacja w Gminie Choszczno”**

Zwracam się z prośbą o sfinansowanie planowanego zabiegu zwierzęcia, którego jestem właścicielem.

1. Informacje o zwierzęciu:

Gatunek:...................................................................................................................................................

Rasa:..........................................................................................................................................................

Wiek:..........................................................................................................................................................

Płeć:..........................................................................................................................................................

Umaszczenie:..... ......................................................................................................................................

Nr chipa: ..................................................................................................................................................

Baza danych rejestracji chipa...............................................................................................................

2. Rodzaj zabiegu (właściwe zaznaczyć):

□ sterylizacja

□ kastracja

***Uwaga*: obowiązuje kolejność zgłoszeń w związku z ograniczonym budżetem.**

- Oświadczam, że jestem właścicielem/kq\* ww. zwierzęcia, ukończyłam/em\* 65 lat

I zapoznałam/em\* się z warunkami sfinansowania przez Gminę Choszczno ww. zabiegów

określonych w projekcie „Z przyjaźni do zwierząt, opieka, sterylizacja i edukacja w Gminie

Choszczno"

- Zobowiązuję się do szczególnej opieki nad zwierzęciem w okresie pozabiegowym.

- Podczas składania wniosku należy okazać przez właściciela zwierzęcia dowód tożsamości oraz książeczkę zdrowia zwierzęcia lub paszportu bądź innego dokumentu potwierdzającego prawo do zwierzęcia, zaś w przypadku psów dodatkowo ważnego zaświadczenia o zaszczepieniu przeciwko wściekliźnie lub aktualnego wpisu w książęce szczepień.

- Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 06.06.1997 Kodeks karny oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\* Niepotrzebne skreślić

 ……………………………..

Podpis Wnioskodawcy

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie żart. 13 ust 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r w sprawie ochrony osob fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (GDPR- General Data Protection Regulation-tekst opublikowany w Dzienniku UE) zwanym dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Choszczna z siedzibą

w Choszcznie (73-200) ul Wolności 24.

2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych może Pan/Pani kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: lub pisząc na adres Urzędu Miejskiego w Choszcznie, ul. Wolności 24, 73-200 Choszczno. rodo@gmma.choszczno.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań ustawowych organu na podstawie ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r o ochronie zwierząt oraz programu NASZE ZWIERZAKI i realizowanego z dotacji Województwa Zachodniopomorskiego w 2025 r. mających na celu wypełnienie obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze, w związku
z realizacją umowy WWS/150/2025 z dnia 30 lipca 2025 r.

4 Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmiotu uprawnione przepisami prawa oraz podmioty, które zapewniają nam wsparcie w wypełnianiu naszych uprawnień
i obowiązków poprzez obsługę techniczną, świadczenie usług na podstawie

stosownych umów.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Unię Europejską.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa oraz zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U z 2011r. Nr 14, poz. 67)

7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania.

8 Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza

przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również
w formie profilowania.

 ………………………………………….