**PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| W N I O S E K | | | | | |
| **O UDZIELENIE ZGODY NA REFUNDACJĘ ZABIEGU WETERYNARYJNEGO W RAMACH PROGRAMU „Sterylizacji i znakowania zwierząt właścicielskich”** | | | | | |
| **SYGN.** | (wypełnia urząd) | | | 1. Data (dzień, miesiąc, rok) | |
| **ORGAN** | | **Wójt Gminy Puszcza Mariańska** | | | |
| **MIEJSCE SKŁADANIA** | | **Urząd Gminy w Puszczy Mariańskiej**  ul. Stanisława Papczyńskiego 1  96-330 Puszcza Mariańska | | | |
| WAŻNE! Wnioski składa się oddzielnie na każde zwierzę, które ma zostać objęte Programem. | | | | | |
| A. DANE WNIOSKODAWCY | | | | | |
| 2. Imię | | | | | |
| 3. Nazwisko | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | 4. Ulica | | | |
| 5. Nr domu | | | 6. Nr lokalu |
| 7. Kod pocztowy | | | 8. Miejscowość |
| 9. Numer telefonu kontaktowego (pole nieobowiązkowe) | | | | | |
| 10. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe) | | | | | |
| 11. Płeć zwierzęcia (skreśl niewłaściwe)  SAMICA (pies/kot): **TAK / NIE**  SAMIEC (pies/kot): **TAK / NIE** | | | | | |
| 12. Waga zwierzęcia (w kilogramach) | | | | | |
| 13. Numer identyfikacyjny wszczepionego mikroczipa (jeśli zwierzę jest zaczipowane) | | | | | |
| 14. Nazwa bazy, w której numer mikroczipa wskazanego w polu 13. jest zarejestrowany | | | | | |
| B. OKREŚLENIE RODZAJU ZABIEGU DO WYKONANIA | | | | | |
| 15. Skreśl niewłaściwe  STERYLIZACJA: **TAK / NIE**  ZNAKOWANIE MIKROCZIPEM: **TAK / NIE** | | | | | |
| C. OŚWIADCZENIA | | | | | |
| 1. Wyrażam zgodę na jednoczesne oznakowanie zwierzęcia za pomocą mikroczipa (nie dotyczy zwierząt już oznakowanych).  2. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję regulamin programu pn. „Sterylizacja/kastracja i znakowanie zwierząt właścicielskich” na 2025 rok.  3. Oświadczam, że jestem właścicielem / opiekunem wskazanego we wniosku zwierzęcia i jestem mieszkańcem gminy Puszcza Mariańska oraz zobowiązuję się do opieki nad zwierzęciem w okresie po zabiegu.  4. Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji programu „Sterylizacja/kastracja i znakowanie zwierząt 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. | | | | | |
| D. 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 Wójt Gminy Puszcza Mariańska (96-330) przy ul. Stanisława Papczyńskiego 1; 2. administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym w sprawach dotyczących danych osobowych można się kontaktować za pośrednictwem adresu mailowego: inspektor@cbi24.pl; 3. celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja wniosku złożonego w ramach programu „Sterylizacja/kastracja i znakowania zwierząt 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 „Sterylizacja/kastracja i znakowanie zwierząt właścicielskich”, 9. dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu. | | | | | |
| **PODPIS WNIOSKODAWCY** | | | 18. | | |
| **E. Adnotacje Organu** | | | | | |
| 19. | | | | | |