

**Wójt Gminy Troszyn**  
**Ul. Juliusza Słowackiego 13**  
**07-405 Troszyn**

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA NA WYKONANIE ZABIEGU  
KASTRACJI LUB STERYLIZACJI ZWIERZĄT**  
**w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania  
bezdolności zwierząt na terenie Gminy Troszyn na 2021 rok”**

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej

.....

Adres zamieszkania osoby zgłaszającej :

.....

Numer telefonu :

.....

Gatunek zwierzęcia : pies / kot, maść, imię, płeć, nr identyfikacyjnych (chip) - jeśli posiada

.....

Rodzaj zabiegu : sterylizacja / kastracja

Zobowiązuje się do doprowadzenia zwierzęcia do zakładu lecznictwa dla zwierząt wskazanego przez Gminę, w którym zostanie wykonany zabieg.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Troszyn na 2021 rok”, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r., poz. 1781).

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)