

**ZARZĄDZENIE NR 80/2018/P
PREZYDENTA MIASTA PABIANIC**

z dnia 18 kwietnia 2018 r.

**w sprawie szczegółowych zasad realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz
zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic**

Na podstawie art. 11 ust. 1 i art. 11a ustawy z dnia 21 sierpnia 1997r. o ochronie zwierząt (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 1840) w związku z art. 30 ust. 1 i 2 pkt. 2 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1875, 2232 z 2018r., poz. 130) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się szczegółowe zasady realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic zwanego dalej „Programem” oraz wzory obowiązujących druków, które stanowią załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Wykonanie Zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Ochrony Środowiska Urzędu Miejskiego w Pabianicach.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezydent Miasta Pabianic

Grzegorz Mackiewicz

Szczegółowe zasady realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic

1. Określa się szczegółowe zasady działań w zakresie opieki nad zwierzętami i ograniczania bezdomności zwierząt oraz druki, które będą obowiązywały przy realizacji tych zadań.

2. Ustala się następujące zasady sporządzania rejestru społecznych opiekunów:

- 1) każda zainteresowana osoba opiekująca się wolno żyjącymi kotami (nie posiadającymi właściciela), chcąc podjąć współpracę z Miastem w celu realizacji Programu zobowiązana jest do złożenia deklaracji społecznego opiekuna zwierząt (druk nr 1);
- 2) dane przedstawione w deklaracji muszą zostać potwierdzone własnoręcznym podpisem przez osobę deklarującą oraz właściciela, zarządcę/administrатора nieruchomości, na terenie którego koty bytują. Podpis ten w miejscu przeznaczonym na zatwierdzenie danych nie stanowi zobowiązania/deklaracji do opieki nad tymi kotami;
- 3) w przypadku, gdy właściciel, zarządca/administratore nieruchomości deklaruje się jako społeczny opiekun kotów wolno żyjących, składa podpis w Wydziale oświadczając tym samym, iż jest właścicielem, zarządcą/administratorem nieruchomości;
- 4) w przypadku zmian danych zawartych w złożonej deklaracji, społeczny opiekun wolno żyjących kotów składa korektę deklaracji (druk nr 1);
- 5) każdy społeczny opiekun, po upływie dwóch lat od daty złożenia deklaracji, zobowiązany jest do złożenia korekty deklaracji. Nie złożenie korekty będzie jednoznaczne z wykreśleniem z rejestru;
- 6) osoba będąca zadeklarowanym społecznym opiekunem kotów wolno żyjących, w każdym czasie może złożyć pisemną rezygnację z pełnienia tej funkcji.

3. Ustala się następujące zasady przeprowadzania i finansowania ograniczania rozrodczości wolno żyjących kotów poprzez zabiegi sterylizacji/kastracji lub usypiania ślepych miotów:

- 1) społeczni opiekunowie chcący poddać wolno żyjące koty zabiegowi sterylizacji/kastracji lub uspić ślepy miot obowiązani są uzyskać skierowanie z Wydziału. Wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 2;
- 2) zwierzęta do Lecznicy będą dostarczane przez społecznych opiekunów, a po wykonaniu zabiegu i zachowaniu okresu rekonwalescencji (w przypadku sterylizacji/kastracji) odbierane z niej i wypuszczane w miejscu ich wcześniejszego pochwylenia.

4. Ustala się następujące zasady finansowania leczenia wolno żyjących kotów:

- 1) społeczni opiekunowie w celu poddania wolno żyjącego kota leczeniu na koci katar bądź panleukopenię obowiązani są uzyskać skierowanie z Wydziału. Wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 4;
- 2) do Lecznicy zwierzęta będą przynoszone przez zarejestrowanych społecznych opiekunów. W przypadku konieczności leczone zwierzę pozostaje na obserwację w Lecznicy. Po przeprowadzonym leczeniu zwierzęta należy wypuścić w miejscu ich wcześniejszego pochwylenia.

5. Ustala się następujące zasady finansowania znakowania psów posiadających właściciela:

- 1) osoby, które mają zarejestrowanego psa w Urzędzie Miejskim w Pabianicach i wnoszą opłatę za

jego posiadanie, bądź też są zwolnione z tej opłaty mogą skorzystać z bezpłatnego znakowania psa;

2) skierowania na zabieg znakowania wydawane będą w Wydziale na pisemny wniosek właściciela psa, po wcześniejszym okazaniu:

- a) dokumentu potwierdzającego dokonanie opłaty od posiadania psa na dany rok kalendarzowy,
- b) aktualnego zaświadczenia potwierdzającego przeprowadzenie szczepienia psa przeciwko wściekliznie,
- c) okazanie dowodu tożsamości właściciela psa;

3) Wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 6.

6. Realizacja zadań objętych Programem będzie limitowana wysokością środków przeznaczonych na ten cel w budżecie Miasta.

7. Wydział będzie wypożyczał klatki żywołowne do łapania wolno żyjących kotów oraz transportery do przewozu tych zwierząt w celu poddania ich zabiegom lub leczenia.

8. Ustala się wzory obowiązujących druków służących realizacji Programu:

- 1) deklaracja/korekta deklaracji opiekuna społecznego zwierząt – druk nr 1;
- 2) wniosek o uzyskanie skierowania na zabieg sterylizacji/kastracji* wolno żyjących kotów lub uspienie ślepych miotów* – druk nr 2;
- 3) skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji* wolno żyjących kotów lub uspienie ślepych miotów* – druk nr 3;
- 4) wniosek o uzyskanie skierowania na leczenie wolno żyjących kotów – druk nr 4;
- 5) skierowanie na leczenie wolno żyjących kotów – druk nr 5;
- 6) wniosek o uzyskanie skierowania na zabieg znakowania psa – druk nr 6;
- 7) skierowanie na zabieg znakowania psa – druk nr 7.

9. Deklaracje i wnioski należy składać do Wydziału Ochrony Środowiska, ul. św. Jana 4 w Pabianicach na obowiązujących drukach.

Prezydent Miasta Pabianic

Grzegorz Mackiewicz

**DEKLARACJA / KOREKTA DEKLARACJI*
OPIEKUNA SPOŁECZNEGO ZWIERZĄT**

Urząd Miejski w Pabianicach
Wydział Ochrony Środowiska
ul. św. Jana 4, 95-200 Pabianice

Imię i nazwisko opiekuna społecznego zwierząt:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba wolno żyjących kotów objętych opieką: w tym:

– po zabiegu (sterylizacji/kastracji)

– do zabiegu (sterylizacji/kastracji)

Miejsce przebywania zwierząt:

.....

.....

Forma udzielanej zwierzętom opieki:

Oświadczam, iż opiekuję się zadeklarowanymi zwierzętami.

Zobowiązuję się informować Urząd Miejski w Pabianicach o wszelkich zmianach danych podanych powyżej, w tym rezygnacji z funkcji społecznego opiekuna kotów wolno żyjących.

W związku ze złożoną deklaracją społecznego opiekuna będę pobierał/a*/ nie będę pobierał/a* karmy dla zadeklarowanej liczby wolno żyjących kotów będących po zabiegu sterylizacji/kastracji.

W przypadku niemożności samodzielnego odbioru karmy należy pisemnie upoważnić inną osobę do jej odbioru.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Prezydenta Miasta Pabianic z siedzibą w Pabianicach przy ul. Zamkowej 16 zawartych w złożonej deklaracji dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

.....
miejscowość i data

.....
podpis opiekuna społecznego zwierząt

Potwierdzam, iż zadeklarowane powyżej koty przebywają we wskazanym przez społecznego opiekuna miejscu.

.....
(data i czytelny podpis oraz pieczętka właściciela,
zarządcy/administradora nieruchomości)

Deklaracja jest ważna dwa lata licząc od dnia jej złożenia.

**niepotrzebne skreślić*

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA
NA ZABIEG STERYLIZACJI/KASTRACJI* KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH
LUB UŚPIENIE ŚLEPYCH MIOTÓW***

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności
zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

Urząd Miejski w Pabianicach
Wydział Ochrony Środowiska
ul. św. Jana 4, 95-200 Pabianice

Imię i nazwisko opiekuna społecznego zwierząt:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.):

Rodzaj zabiegu*:

sterylizacja (szt.): / kastracja (szt.): / uśpienie ślepego miotu (szt.):

Informacje dodatkowe:

1. Oświadczam, że koty zgłoszone do zabiegu sterylizacji/kastracji, uśpienia ślepych miotów są wolno żyjącymi kotami, a miejscem ich przebywania jest adres wskazany we wniosku.
2. Deklaruję, że zwierzęta (wolno żyjące koty) zostaną doprowadzone do lecznicy wskazanej przez Miasto, a następnie odebrane przeze mnie po wykonaniu zabiegu w terminie wskazanym przez lekarza weterynarii.
3. W przypadku zgłoszenia ślepego miotu należy uzasadnić przyczynę wykonania zabiegu – usypianie dokonywane będzie w sytuacji wyjątkowych, np. w przypadku choroby zwierząt.

UWAGA! Miasto ponosi jedynie koszty wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji oraz usypiania ślepych miotów kotów wolno żyjących. Wysokość środków przeznaczonych na przeprowadzenie zabiegów sterylizacji/kastracji oraz usypiania ślepych miotów jest uzależniona od wysokości zaplanowanych w budżecie środków.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Prezydenta Miasta Pabianic z siedzibą w Pabianicach przy ul. Zamkowej 16 zawartych w złożonym wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

.....
miejsowość i data

.....
podpis Wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić

**SKIEROWANIE NA ZABIEG
STERYLIZACJI/KASTRACJI* KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH
LUB UŚPIENIE ŚLEPYCH MIOTÓW***

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności
zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

*Urząd Miejski w Pabianicach
Wydział Ochrony Środowiska
ul. św. Jana 4, 95-200 Pabianice*

Kieruję wolno żyjące koty, zgłoszone przez

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.):

na zabieg:
sterylizacji*(szt.): / kastracji* (szt.): / uśpienie ślepego miotu* (szt.):

Zwierzęta doprowadzi i odbierze po zabiegu:

.....

.....
miejsowość i data

.....
*podpis przedstawiciela
Miasta Pabianice*

Potwierdzenie wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii

Data i rodzaj wykonanego zabiegu*:

1. sterylizacja (szt.):

.....

2. kastracja (szt.):

.....

3. uśpienie ślepego miotu (szt.):

.....

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza weterynarii)

**niepotrzebne skreślić*

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA
NA LECZENIE KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH**

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności
zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

*Urząd Miejski w Pabianicach
Wydział Ochrony Środowiska
ul. św. Jana 4, 95-200 Pabianice*

Imię i nazwisko opiekuna społecznego zwierząt:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba zgłoszonych zwierząt

Rodzaj choroby: koci katar (szt.): / panleukopenia (szt.):

Objawy dotyczące choroby:.....

.....

Miejsce przebywania zwierząt:

Informacje dodatkowe:

1. Oświadczam, że koty zgłoszone do leczenia są wolno żyjącymi kotami, a miejscem ich przebywania jest adres wskazany we wniosku.
2. Deklaruję, że zwierzęta (wolno żyjące koty) zostaną doprowadzone do lecznicy wskazanej przez Miasto. W przypadku konieczności pozostawienia zwierzęcia w lecznicy zobowiązuję się do jego odebrania w terminie wskazanym przez lekarza weterynarii.

UWAGA! Miasto ponosi koszty jedynie w przypadku leczenia wolno żyjących kotów na choroby typu koci katar i panleukopenia. Wysokość środków przeznaczonych na leczenie jest uzależniona od wysokości zaplanowanych środków w budżecie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Prezydenta Miasta Pabianic z siedzibą w Pabianicach przy ul. Zamkowej 16 zawartych w złożonym wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

.....
miejsowość i data

.....
podpis Wnioskodawcy

**SKIEROWANIE NA LECZENIE OGÓLNE
KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH**

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności
zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

Urząd Miejski w Pabianicach
Wydział Ochrony Środowiska
ul. św. Jana 4, 95-200 Pabianice

Kieruję wolno żyjące koty, zgłoszone przez

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba zgłoszonych zwierząt

Rodzaj choroby: koci katar (szt.): / panleukopenia (szt.): /

Objawy dotyczące choroby:.....

.....

Zwierzęta doprowadzi i odbierze z lecznicy:

.....

.....
miejsowość i data

.....
*podpis przedstawiciela
Miasta Pabianice*

Potwierdzenie wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii

Data wykonania leczenia.....

Rodzaj choroby:

.....

Liczba zwierząt

.....
(data, pieczęć i podpis lekarza weterynarii)

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA
NA ZABIEG ZNAKOWANIA PSA POPRZEZ CZIPOWANIE**

**w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności
zwierząt na terenie Miasta Pabianic”**

*Urząd Miejski w Pabianicach
Wydział Ochrony Środowiska
ul. św. Jana 4, 95-200 Pabianice*

Imię i nazwisko właściciela psa:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.):

Imię psa:

Rasa psa i wiek psa (data urodzenia):

Maść i długość sierści:

Płeć* Pies Suka

Składając wniosek należy okazać oryginały dokumentów:

1. *Potwierdzenie opłaty od posiadania psa na dany rok kalendarzowy.*
2. *Aktualne zaświadczenia potwierdzające przeprowadzenie szczepienia psa przeciwko wściekliznie.*
3. *Dowód osobisty właściciela psa.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Prezydenta Miasta Pabianic z siedzibą w Pabianicach przy ul. Zamkowej 16 zawartych w złożonym wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic oraz w celu wpisania danych/zmiany danych do bazy dotyczących oznakowanego psa zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

.....
miejsowość i data

.....
podpis właściciela psa

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb wynikających z realizacji programu zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic oraz w celu wpisania danych/zmiany danych do bazy dotyczących oznakowanego psa zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

.....
miejsowość i data

.....
podpis właściciela psa

*niepotrzebne skreślić

**SKIEROWANIE NA ZABIEG
ZNAKOWANIA PSA POPRZEZ CZIPIOWANIE**

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności
zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

*Urząd Miejski w Pabianicach
Wydział Ochrony Środowiska
ul. św. Jana 4, 95-200 Pabianice*

Kieruję psa, zgłoszonego przez

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Imię psa:

Rasa psa i wiek psa (data urodzenia):

Maść i długość sierści:

Płeć* Pies Suka

.....
miejsowość i data

.....
*podpis przedstawiciela
Miasta Pabianice*

Potwierdzenie wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii

Data wykonania zabiegu.....

Liczba zwierząt

Nr czipa

Nazwa bazy, do której wprowadzone zostały dane

Data wprowadzenia danych do bazy

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza weterynarii)

**niepotrzebne skreślić*