

**ZARZĄDZENIE NR 105/2018/P
PREZYDENTA MIASTA PABIANIC**

z dnia 29 maja 2018 r.

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

Na podstawie art. 11 ust. 1 i art. 11a ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ochronie zwierząt (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1840 z 2018 r. poz. 650, 663) w związku z art. 30 ust. 1 i 2 pkt. 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1875, 2232 z 2018 r. poz. 130), zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się 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. Traci moc obowiązujące Zarządzenie Nr 80/2018/P Prezydenta Miasta z dnia 18 kwietnia 2018 r. w sprawie szczegółowych zasad realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic.

§ 4. 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 Pabianice

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/administratora 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/administrator 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 2;
- 2) do Lecznicy zwierzęta będą przynoszone przez zarejestrowanych społecznych opiekunów. W przypadku konieczności leczone zwierzę pozostaje na obserwacji 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 wścieklicznie,
- c) okazanie dowodu tożsamości właściciela psa;

3) Wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 4.

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*, leczenie*, uśpienie ślepych miotów* wolno żyjących kotów – druk nr 2;
- 3) skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji*, leczenie*, uśpienie ślepych miotów* wolno żyjących kotów – druk nr 3;
- 4) wniosek o uzyskanie skierowania na zabieg znakowania psa – druk nr 4;
- 5) skierowanie na zabieg znakowania psa – druk nr 5.

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 - WOLNO ŻYJĄCYCH KOTÓW
na terenie miasta Pabianice

1. Dane opiekuna społecznego

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania** :

Numer telefonu i e-mail **:

2. Informacje o zwierzętach

Miejsce przebywania zwierząt:

Liczba kotów objętych opieką: w tym:

po zabiegu do zabiegu

Forma udzielanej zwierzętom opieki:

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.

Oświadczam, iż opiekuję się zadeklarowanymi zwierzętami.

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

.....
miejscowość i data

.....
podpis opiekuna społecznego zwierząt

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

.....
(data i czytelny podpis oraz pieczęćka właściciela,
zarządcy/administratora nieruchomości)

Deklaracja jest ważna dwa lata licząc od dnia jej złożenia.

*niepotrzebne skreślić

**dane nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawach zwierząt

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

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

Imię i nazwisko opiekuna społecznego zwierząt:

Numer telefonu** :

1) Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.): w tym:
sterylizacja (szt.): / kastracja (szt.): / uśpienie ślepego miotu (szt.):

2) Liczba zwierząt zgłoszonych do leczenia (szt.): w tym:
koci katar (szt.): / panleukopenia (szt.)

Informacje dodatkowe:

1. Oświadczam, że koty zgłoszone do zabiegu/leczenia* są wolno żyjącymi kotami, a miejscem ich przebywania jest adres wskazany w deklaracji.
2. Deklaruję, że zwierzęta (wolno żyjące koty) zostaną doprowadzone do lecznicy wskazanej przez Miasto, a następnie odebrane przeze mnie po wykonaniu zabiegu/przeprowadzeniu leczenia* 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/przeprowadzenia leczenia u kotów wolno żyjących. Wysokość środków przeznaczonych na ten cel jest uzależniona od wysokości zaplanowanych środków w budżecie Miasta.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić

**dane nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawach zwierząt

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

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

Kieruję wolno żyjące koty, zgłoszone przez

Numer telefonu (jeśli został podany we wniosku):

1) Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.): w tym:
sterylizacja (szt.): / kastracja (szt.): / uśpienie ślepego miotu (szt.):

2) Liczba zwierząt zgłoszonych do leczenia (szt.): w tym:
koci katar (szt.): / panleukopenia (szt.)

Zwierzęta doprowadzi i odbierze po zabiegu:

.....

.....
miejsowość i data

.....
podpis przedstawiciela
Miasta Pabianice

Nazwa i adres lecznicy:

.....

.....

nr tel.

Potwierdzenie wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii

Data i rodzaj wykonanego zabiegu / przeprowadzonego leczenia:

1. sterylizacja (szt.):

2. kastracja (szt.):

3. uśpienie ślepego miotu (szt.):

4. panleukopenia (szt.):

5. koci katar (szt.):

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

*niepotrzebne skreślić

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

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

Imię i nazwisko właściciela psa:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.):

Składając wniosek należy okazać oryginały dokumentów:

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

UWAGA!

Dane znakowanego psa oraz właściciela zostaną umieszczone w Międzynarodowej Bazie Danych SAFE-ANIMAL.

Miasto ponosi jedynie koszty wykonania zabiegu znakowania psów posiadających właściciela i zamieszkujących z nim na terenie miasta Pabianice.

Wysokość środków przeznaczonych na ten cel jest uzależniona od wysokości zaplanowanych środków w budżecie Miasta.

1. Oświadczam, że jestem właścicielem psa zgłoszonego do zabiegu znakowania poprzez czipowanie, a miejscem stałego przebywania psa jest adres wskazany we wniosku.
2. Deklaruję, że zwierzę zostanie doprowadzone do lecznicy wskazanej przez Miasto, a następnie odebrane przeze mnie po wykonaniu zabiegu w terminie wskazanym przez lekarza weterynarii.

.....
miejscowość i data

.....
podpis właściciela psa

**SKIEROWANIE
NA ZABIEG ZNAKOWANIA PSA POPRZEZ CZIPOWANIE**

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

Imię i nazwiska właściciela psa

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu:

.....
miejsowość i data

.....
*podpis przedstawiciela
Miasta Pabianice*

Nazwa i adres lecznicy:

.....

.....

.....

nr tel.

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)