…………………..........

*Miejscowość, data*

.............................................................

*Imię i Nazwisko*

*.............................................................*

*adres*

*............................................................*

*nr telefonu*

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Piasecznie**

Zwracam się z prośbą o wystawienie świadectwa zdrowia dla zwierzęcia towarzyszącego

( dotyczy psów, kotów oraz fretek \*):

**Opis zwierzęcia** ( gatunek, rasa, płeć, wiek, umaszczenie, nr mikrochipa)

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Osoba towarzysząca zwierzęciu** ( jeśli inna, niż wnioskodawca)

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Szczepienie przeciwko wściekliźnie**:...........................................................................................

**Data wyjazdu**:..............................................................................................................................

**Miejsce przeznaczenia**:................................................................................................................

***Oświadczam, że zgadzam się na formę, w jakiej wystawiony zostanie dokument i nie będę rościć pretensji w przypadku jego odrzucenia na granicy***

\*Niepotrzebne skreślić

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Piasecznie przy ul. Orężnej 9, reprezentowany przez Powiatowego Lekarza Weterynarii.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych iod@safeguard.com.pl
3. Inspektorat przetwarza Pani/Pana dane w celach realizacji statutowych zadań jednostki w interesie publicznym, w tym przeprowadzania kontroli weterynaryjnych, prowadzenia nadzoru weterynaryjnego, wymiany informacji z innymi jednostkami w ramach przepisów UE, wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Powiatowym Inspektoracie Weterynarii.
4. Podstawa prawna przetwarzania danych : Ustawa o Inspekcji Weterynaryjnej, art.6 ust. 1 RODO.
5. Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazane do organów publicznych oraz podmiotów, którym ADO powierzył przetwarzanie danych osobowych.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez czas wynikający z przepisów prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody ( w przypadku danych, które są udostępnione na podstawie Pana/Pani zgody) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania;
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do właściwej w zakresie ochrony danych osobowych instytucji nadzoru w razie przetwarzania Pani/Pan danych osobowych niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

................................................

( czytelny podpis)

ADNOTACJE URZĘDOWE:

Data i godzina rozpoczęcia pracy..................................

Data i godzina zakończenia pracy..................................

UWAGI...........................................................

.......................................

*podpis*