



Termo de Responsabilidade para Eutanásia Animal



PROPRIETÁRIO

Nome: _____

Telefone/Telemóvel nº _____

Morada: _____

Cartão do Cidadão/Bilhete de Identidade/Passaporte nº _____ emitido em/válido até ___/___/_____, do Arquivo de Identificação/País _____

NIF: _____

ANIMAL

Nome: _____ Espécie: _____ Raça: _____

Idade: _____ meses/anos Sexo: _____

N.º de ID Eletrónica: - - - -

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, declaro que autorizo o Médico Veterinário _____ com a Cédula Profissional nº _____ a realizar eutanásia do animal acima identificado e que o mesmo não mordeu ninguém nos últimos quinze dias. Por ser verdade assino o presente Termo de Responsabilidade de acordo com o meu documento de identificação.

Arganil, _____ de _____ de 20____

O detentor,

Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD-Regulamento (UE) 2016/679) | Tratamento de Dados Pessoais

Em cumprimento do RGPD, o Município enquanto responsável pela gestão da informação, informa que a finalidade do tratamento dos dados pessoais recolhidos é a expressa no presente formulário. Informa ainda que pode exercer os direitos previstos no art. 13º, designadamente: Direito de informação, de acesso, de retificação, de apagamento, de limitação do tratamento, de portabilidade, de oposição, de ser informado em caso de violações de segurança.

Para mais informações, deve consultar: <https://www.cm-arganil.pt/rgpd>.