

**ANEXO I**  
**SOLICITUD DE NUEVO VOLUNTARIO**

N.ºEXP:  
A cumplimentar por la Administración

**1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

Nombre y Apellidos o razón social: DNI,NIF,NIE,CIF:

Dirección: Municipio:

C.P.: Provincia: Teléfono: Correo electrónico:

Marque sus preferencias:

**D** Cuidador Autorizado **D** Capturador

**2 DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE (a cumplimentar si actúa a través de representante)**

Nombre y Apellidos o razón social: DNI,NIF,NIE,CIF:

Dirección: Municipio:

C.P.: Provincia: Teléfono: Correo electrónico:

**3 DATOS DE LA COLONIA FELINA ASIGNADA**

N. y nombre de la Colonia Registas:

Ubicación:

La persona solicitante manifiesta:

1. Que se ofrece como voluntario/a para gestionar y controlar las colonias felinas urbanas que se le asignen como cuidador autorizado y/ o en su caso, se ofrece como voluntario para realizar labores de Captura/Retorno en aplicación del método CER como capturador autorizado.
2. Que se compromete a cursar el correspondiente curso de formación y asume su responsabilidad que dicha colaboración implica mediante la firma de la "Declaración responsable"
3. Que se compromete a Cumplir con el Reglamento Regulador de Colonias Felinas del municipio de Villar del Arzobispo así como de su Plan de Gestión y Control de las Colonias Felinas Urbanas.

**Firma de la persona solicitante**

Villar del Arzobispo, a de de 20

Firma:

## DECLARACION RESPONSABLE COLONIA FELINA CONTROLADA

N.ºEXP:

A cumplimentar por la Administración

Yo, D./Dña.

con DNI/NIF/NIE:

residente en el municipio

en C/

y con Telf.

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

- Asumir la tareas y responsabilidades asociadas a la condición de \_\_\_\_\_ de la colonia felina controlada \_\_\_\_\_
- Que conoce y se compromete a cumplir el procedimiento detallado en el "*Plan de Gestión y Control de las Colonias Felinas Urbanas*" aprobado por el Ayuntamiento de Villar del Arzobispo, así como también el cumplimiento de lo establecido en el correspondiente curso de formación.
- Cumplir con cualquier propuesta nueva o modificación del actual Plan de Gestión y Control de Colonias Felinas Urbanas.
- Cumplir con los términos del acuerdo de colaboración firmado con los propietarios de la parcela privada, en su caso.
- Comunicar al Ayuntamiento su cese con un mínimo de antelación de 15 días.
- Usar la acreditación homologada por el Ayuntamiento de Villar del Arzobispo durante el desarrollo de sus tareas.
- Cumplir con la normativa autonómica y municipal vigente en materia de protección y bienestar animal.
- No haber sido, ni estar actualmente sancionado, por ninguna infracción grave o muy grave de las declaradas en la "*Ordenanza Municipal reguladora de la salud pública, seguridad de personas y bienes y tenencia de animales*" y "*Ley 2/2023, de 13 de marzo, de la Generalidad Valenciana, sobre protección de los animales de compañía*"

La falsedad u omisión, respecto al cumplimiento de los apartados anteriores, determinará la imposibilidad de continuar con las tareas y responsabilidades asignadas en relación a las colonias felinas controladas y la retirada del carnet acreditativo desde el momento en que se tenga constancia de dichos hechos, debiendo asignarse un nuevo cuidador o capturador y sin perjuicio de las responsabilidades que tenga lugar.

Y para que así conste realizo la presente declaración

En Villar del Arzobispo, a

de

de 20

Firma

### ANEXO III

## REGISTRO COLONIA FELINA CONTROLADA

N.º EXP:

### 1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre y Apellidos o razón social:

DNI,NIF,NIE,CIF:

Dirección:

Municipio:

C.P.:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

### 2 DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE (a cumplimentar si actúa a través de representante)

Nombre y Apellidos o razón social:

DNI,NIF,NIE,CIF:

Dirección:

Municipio:

C.P.:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

### 3 DATOS DE LA COLONIA FELINA

Ubicación:

Otros detalles ubicación:

Nº. aproximados miembros de la colonia:

Caracterización de sus miembros:

NQ Machos

NQ Hembras

NQAdultos

NQCachorros:

NQ marcados:

Otros detalles a considerar:

### 4 CUIDADOR RESPONSABLE

Nombre y Apellidos o razón social:

DNI,NIF,NIE,CIF:

Dirección:

Municipio:

C.P.:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

Relación con la entidad colaboradora

SI **D** NO **D**

¿Desea realizar labores de Captura/Retorno?

### 5 RELACIÓN DE CUIDADORES AUTORIZADOS

DNI/NIE/NIE	Nombre y Apellidos	¿Desea realizar labores de Captura/Retorno?

## 6 ESTUDIO DE LA UBICACIÓN ORIGINAL DE LA COLONIA FELINA

APTO

NO APTO

Datos nueva ubicación:

Otros detalles para considerar:

## 7 COLONIA FELINA REGISTRADA

**N. y Nombre de Registro:**

Villar del Arzobispo, a la fecha de la firma que consta al margen de la presente notificación.

**PROTECCION DE DATOS PERSONALES.** Los datos proporcionados en este documento pasarán a formar parte de los ficheros automatizados propiedad del Ayuntamiento de Villar del Arzobispo y podrán ser utilizados por el titular del fichero en el ejercicio de funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter Personal, usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada delante del Registro General del ayuntamiento de Villar del Arzobispo.

**ANEXO IV: PARTE DE INCIDENCIA  
COLONIA FELINA CONTROLADA**

N.ºEXP:  
A cumplimentar por la Administración

**1 DATOS DEL CUIDADOR RESPONSABLE/CAPTURADOR**

Nombre y Apellidos o razón social: DNI,NIF,NIE,CIF:  
Dirección: Municipio:  
C.P.: Provincia: Teléfono: Correo electrónico:

**2 DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE (a cumplimentar si actúa a través de representante)**

Nombre y Apellidos o razón social: DNI,NIF,NIE,CIF:  
Dirección: Municipio:  
C.P.: Provincia: Teléfono: Correo electrónico:

**3. DATOS DE LA COLONIA**

N. Y Nombre de Registro:

**4. INCIDENCIA/NO CONFORMIDAD DETECTADA**

Fecha: Hora:  
Lugar:  
Exposición de motivos:

**5. MEDIDAS CORRECTIVAS/PREVENTIVAS (a cumplimentar por la Administración)**

Medidas correctivas/preventivas:

Firma del declarante:

Villar del Arzobispo, a de de 20

**FICHA IDENTIFICATIVA  
E INTERVENCIÓN CLÍNICA**

**1 DATOS A RELLENAR POR EL CUIDADOR O CAPTURADOR AUTORIZADO**

Nombre y Apellidos o razón social:

DNI,NIF,NIE,CIF:

N.º Y Nombre de Registro de la Colonia:

Firma:

Fecha de la Captura:

Hora de la Captura:

**2. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL/LA VETERINARIO/A**

Fecha ingreso:

Nombre de la Clínica:

Firma:

Nombre y Apellidos profesional veterinario:

N.º Colegiado:

**CARACTERÍSTICAS DEL ANIMAL**

Sexo:

Edad:

Marcado: SI

NO

Examen clínico:

Fotografía

APTO

NO APTO

Motivo Eutanasia:

Marcaje pabellón auricular:

Izq. Macho

Dcha Hembra

N.º Microchip:

Indicar si ya llevaba microchip:

Esterilización:

Orquidectomía

Ovariohisterectomía

Ovariectomía

Observaciones o incidencias:

**3. A RELLENAR POR EL CUIDADOR O APTURADOR AUTORIZADO**

Nombre y Apellidos o razón social:

DNI,NIF,NIE,CIF:

Fecha de la salida:

Hora de la salida:

**Destino del Animal:**

Colonia de origen  Adopción  Acogida  Eutanasia

Otros:

**Firma:**

**INSPECCIÓN  
COLONIA FELINA CONTROLADA**

N.º EXP:  
A cumplimentar por la Administración

Nombre y Apellidos inspector:

Fecha:

Nº y Nombre Colonia:

Motivo de la inspección:

Nº Miembros observados:

NQ Machos

NQ Hembras

NQ Adultos:

NQ Cachorros:

NQ marcados:

**Inspección *in situ* del estado y funcionamiento de la colonia**

	SI	NO
Aspecto saludable de las Animales		
Área de ubicación limpia		
Puntos de alimentación, eliminación etc limpios		
Provisión de alimento, agua		
Restos de alimentación externa		
Presencia de personal ajeno al plan		
Evidencia de plagas		
Evidencia nueva camada		
Evidencia nuevos miembros		

**Conversación con el/los cuidador/es**

	SI	NO
Uso correcto de la acreditación		
Uso de guantes en tareas limpieza/desinfección		
Restos de alimentación externa		
Presencia de personal ajeno al plan		
Evidencia de plagas		
Evidencia nueva camada		
Evidencia nuevos miembros		
Incidencias vecinales		
Problemas con otros cuidadores/capturadores		

**Observaciones:**

**Resultado de la inspección:**    **APTA**

**NOAPTA**

**Medidas correctivas/preventivas:**

**Firma:**