Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e Forestali

***Alla UOD*_____**
_____

OGGETTO: *L.R. n.8 del 24/07/2007 Art. 4, comma c) – Richiesta autorizzazione alla raccolta dei funghi per micologo.*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ (Prov. ____)

il _____ e residente nel Comune di _____ (Prov. ____),

alla via _____ n. ____ C.A.P. _____ Tel. ab._____/_____

Cell. _____/_____ Cod. Fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Posta elettronica/Pec _____.

C H I E D E

il rilascio, ai sensi della L.R. in oggetto, il rilascio dell'autorizzazione alla raccolta dei funghi epigei, spontanei, commestibili, per micologo, a tal fine

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, di:

- essere in possesso dell'attestato di micologo n° _____ del _____ rilasciato, ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità n° 686 del 29/11/1986;
- essere iscritto nel registro dei micologi istituito presso l'Assessorato Regionale alla Sanità con n° _____;

Allega alla presente:

- fotocopia documento di riconoscimento in corso di regolare validità;
- fotocopia del codice fiscale;
- n° 2 foto formato tessera recenti;
- n° 1 marca da bollo da € 16,00;
- n° 1 ricevuta del versamento di € **30,00** - su c/c postale n° **21965181** oppure su conto bancario IBAN: **IT66E010 1003 4001 0000 0046252** - intestato a: Regione Campania – Servizio Tesoreria - Causale: *Rilascio tesserino raccolta funghi per micologo* - ***Cod. 1158***

Luogo e Data _____

FIRMA

_____
(per esteso e leggibile)

Informativa Trattamento Dati

Il sottoscritto autorizza la presente struttura periferica della Regione Campania, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e ss.mm.ii., al trattamento, anche con strumenti informatici, dei dati personali raccolti, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale tali dichiarazione vengono rese.

In Fede

_____
(per esteso e leggibile)