

Alla UOD _____

OGGETTO: *L.R. n.8 del 24/07/2007 Art. 4 - Domanda per sostenere il colloquio abilitativo per l'autorizzazione alla raccolta dei funghi epigei, freschi, commestibili.*

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 _____.

CHIEDE

di poter sostenere il colloquio abilitativo, ai sensi della L.R. n. 8 del 24/07/2007 – art. 4, per il rilascio del tesserino per la raccolta dei funghi epigei sull'intero territorio della Regione Campania.

Alla presente, allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di regolare validità.

Luogo e Data _____

FIRMA

(per esteso e leggibile)

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Reg. (UE) 679/2016 – Regolamento Europeo sulla protezione dei dati - da il proprio consenso, alla presente struttura periferica della Regione Campania, al trattamento dei dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale tali dichiarazione vengono rese.

L'interessato ha, inoltre, diritto ad ottenere tutte le informazioni previste ai sensi dell'art. 15 del suddetto Reg. UE.

In Fede

(per esteso e leggibile)