Alla U.O.D. _____

_____

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/tessera sanitaria;
- n° 2 foto formato tessera recenti;
- n° 1 marca da bollo da € 16,00;
- n° 1 ricevuta del versamento di € 30,00 – sul Portale dei Pagamenti della Regione Campania **PagoPA** - Cod. 1158

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 - dà 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

_____