Alla UOD _____

_____

OGGETTO: *L.R. n.8 del 24/07/2007 Art. 4 comma 12 – DGRC n° 179/2008 art. 1 punto 19 - Domanda per il* ***rilascio*** *di autorizzazione speciale, nominale e temporanea, per la raccolta dei funghi freschi commestibili e non.*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ (Prov. ___) il _____ e residente nel Comune di _____ (Prov. ____), alla via _____ n. ___ C.A.P. _____

Tel. Cell. _____/_____ - Cod. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Posta elettronica/Pec _____,

C H I E D E

il rilascio, ai sensi della L.R. in oggetto, dell'autorizzazione alla raccolta dei funghi epigei, spontanei, commestibili e non, per n° _____ giorni, in occasione della manifestazione/mostra/percorso formativo _____, 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 Ministero della Sanità n° 686 del 29/11/1996;
- iscritto nel registro dei micologi istituito presso l'Ass. Regionale alla Sanità con n° _____;

Allega alla presente:

- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- fotocopia del codice fiscale;
- fotocopia attestato di micologo.

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)