Alla U.O.D.- S.T.P. _____

_____

OGGETTO: *L.R. n.8 del 24/07/2007 - Domanda di rimborso per doppio o errato pagamento rilascio/rinnovo tesserino funghi.*

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 rimborso della quota relativa al rilascio/rinnovo tesserino funghi epigei, spontanei, commestibili e non, a tal fine

DICHIARA

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

|_| aver versato erroneamente l'importo di € _____ pur non essendo possessore di tesserino;

|_| aver versato doppiamente l'importo di € _____ per il tesserino n° _____ rilasciato da _____;

Allega alla presente:

- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- fotocopia del codice fiscale
- ricevuta di errato o doppio versamento.

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)