

Riservato all'ufficio

Prot. n° _____

Del _____

AMBITO TERRITORIALE DI CACCIA "VOMANO-FINO"

Via Livorno, 2

64020 Castelnuovo Vomano (TE)

Tel. 0861/ 508016 – Fax 0861/432581

e-mail: atc.vomano@virgilio.it

DA INOLTRE ENTRO E NON OLTRE IL 03.04 2016

LA DOMANDA VA COMPILATA IN MANIERA COMPLETA E LEGGIBILE (PREFERIBILMENTE IN STAMPATELLO)

Il sottoscritto _____ nato a _____

(Prov _____), il _____ residente in _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Telefono/cellulare _____ e-mail _____

di professione _____

in possesso di porto di licenza di fucile n° _____

Rilasciata in data _____ dalla Questura di _____

**CHIEDE
di poter aderire al**

**"CORSO DI FORMAZIONE/ABILITAZIONE PER OPERATORI ADDETTI AL PIANO DI
CONTROLLO CORVIDI "**

L.R. N. 10/2004.

Il sottoscritto autorizza ai sensi della legge n° 196/2003, il consenso al trattamento dei dati personali sensibili derivanti dalle attività istituzionali dell'ATC Vomano_Fino.

Data _____

Firma _____