

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

**Il sottoscritto _____ nato a _____
(Prov. _____), il _____ residente in _____
Indirizzo _____ C.A.P. _____
Tel. _____, cellulare _____ e-mail _____
di professione _____
in possesso di porto di licenza di fucile a _____ colpi, n° _____
(indicare numero di serie della licenza)
rilasciata in data _____ dalla Questura di _____

*****(si prega di compilare la domanda correttamente, in tutti i campi, in modo chiaro e leggibile per evitare disguidi nelle comunicazioni d'ufficio conseguenti).***

C H I E D E

**Di poter aderire al corso per il conseguimento della qualifica di cacciatore di cinghiale in forma collettiva abilitato al prelievo con la tecnica della girata.
Regolamento Regionale n° 5 del 27/05/2014 art. 1 comma 8 lettera d)**

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 _____

DA INOLTRE ENTRO E NON OLTRE IL 10 GIUGNO 2015