

Marca da
bollo da
€ 16,00

Alla Città Metropolitana di Torino
Dipartimento Sviluppo Economico
Tutela Fauna e Flora
Corso Inghilterra, 7
10138 TORINO

ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE ALLA RACCOLTA DEI FUNGHI EPIGEI SPONTANEI PER FINI DIDATTICI, SCIENTIFICI, ESPOSITIVI E DI PREVENZIONE SANITARIA - EX ART. 6, L.R. 24/2007: "TUTELA DEI FUNGHI EPIGEI SPONTANEI" E S.M.I.

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ Prov. _____ il ____/____/____ Cod. Fisc. _____
Residente a _____ Prov. _____ Via/Piazza _____
in qualità di Dirigente/Legale rappresentante dell'Ente _____
Cod. Fisc. _____ Sede legale (Comune, indirizzo) _____
indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione gratuita per la raccolta e la detenzione di funghi epigei spontanei cui all'Art. 6, comma 1, della Legge Regionale 24/2007, a favore di:

<input checked="" type="checkbox"/>	Sig./Sig.ra _____	nato/a _____	Prov. _____ il ____/____/____
	residente a _____	Prov. _____ Via _____	C.A.P. _____
	Cod.Fisc. _____	in qualità di:	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Associato dell'Ente
<input checked="" type="checkbox"/>	Sig./Sig.ra _____	nato/a _____	Prov. _____ il ____/____/____
	residente a _____	Prov. _____ Via _____	C.A.P. _____
	Cod.Fisc. _____	in qualità di:	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Associato dell'Ente
<input checked="" type="checkbox"/>	Sig./Sig.ra _____	nato/a _____	Prov. _____ il ____/____/____
	residente a _____	Prov. _____ Via _____	C.A.P. _____
	Cod.Fisc. _____	in qualità di:	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Associato dell'Ente
<input checked="" type="checkbox"/>	Sig./Sig.ra _____	nato/a _____	Prov. _____ il ____/____/____
	residente a _____	Prov. _____ Via _____	C.A.P. _____
	Cod.Fisc. _____	in qualità di:	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Associato dell'Ente
<input checked="" type="checkbox"/>	Sig./Sig.ra _____	nato/a _____	Prov. _____ il ____/____/____
	residente a _____	Prov. _____ Via _____	C.A.P. _____
	Cod.Fisc. _____	in qualità di:	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Associato dell'Ente

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____
 residente a _____ Prov. _____ Via _____ C.A.P. _____
 Cod.Fisc. _____ in qualità di: Dipendente Studente Associato dell'Ente

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____
 residente a _____ Prov. _____ Via _____ C.A.P. _____
 Cod.Fisc. _____ in qualità di: Dipendente Studente Associato dell'Ente

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____
 residente a _____ Prov. _____ Via _____ C.A.P. _____
 Cod.Fisc. _____ in qualità di: Dipendente Studente Associato dell'Ente

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____
 residente a _____ Prov. _____ Via _____ C.A.P. _____
 Cod.Fisc. _____ in qualità di: Dipendente Studente Associato dell'Ente

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____
 residente a _____ Prov. _____ Via _____ C.A.P. _____
 Cod.Fisc. _____ in qualità di: Dipendente Studente Associato dell'Ente

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____
 residente a _____ Prov. _____ Via _____ C.A.P. _____
 Cod.Fisc. _____ in qualità di: Dipendente Studente Associato dell'Ente

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____
 residente a _____ Prov. _____ Via _____ C.A.P. _____
 Cod.Fisc. _____ in qualità di: Dipendente Studente Associato dell'Ente

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____
 residente a _____ Prov. _____ Via _____ C.A.P. _____
 Cod.Fisc. _____ in qualità di: Dipendente Studente Associato dell'Ente

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____
 residente a _____ Prov. _____ Via _____ C.A.P. _____
 Cod.Fisc. _____ in qualità di: Dipendente Studente Associato dell'Ente

A tal fine dichiara che tale richiesta è motivata dall'attività di carattere didattico – scientifico – espositivo di prevenzione sanitaria che l'Ente ha programmato di svolgere come di seguito descritto: _____

Riguardo alla delimitazione dell'area ed alla definizione del periodo, individuati in coerenza con l'attività sopra descritta e per i quali si richiede l'autorizzazione, si precisa quanto segue:

1- L'area in cui si intende praticare la raccolta dei funghi epigei spontanei per fini scientifici e didattici, ricade nei seguenti Comuni: _____

2- Il periodo interessato dalla raccolta di cui sopra è il seguente (indicare i mesi per cui si ritiene necessaria l'efficacia dell'autorizzazione) _____

3- L'area interessata dalla ricerca di cui sopra RICADE – NON RICADE in aree protette istituite ai sensi della normativa regionale vigente (se ricade indicare tutti gli enti di gestione coinvolti): _____

In allegato:

- copia dello statuto e dell'atto costitutivo dell'Ente richiedente;
- documentazione idonea a dimostrare l'attribuzione della legale rappresentanza dell'Ente richiedente e l'attuale vigenza della medesima;
- una marca da bollo da € 16,00 (che verrà apposta sul provvedimento di autorizzazione);

Data, __/__/____

Firma*

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati (GDPR – Regolamento UE 2016/679), che i dati personali contenuti nella presente istanza verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per lo svolgimento delle attività e per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti in materia.

Data, __/__/____

Firma*

*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, la domanda è sottoscritta dal richiedente in presenza dell'impiegato addetto ovvero, **se trasmessa, deve essere accompagnata da fotocopia non autenticata di valido documento di identità.**