

Data di arrivo:	Data di consegna:	Comune di Medicina Ufficio Relazioni con il Pubblico Via Libertà, 103 40059 Medicina
-----------------	-------------------	--

MODULO DI RICHIESTA RILASCIO TESSERINO DI CACCIA

Io (nome e cognome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a Medicina in via _____ civico n. _____
telefono _____ cellulare n. _____
Email _____

CHIEDO

il rilascio del tesserino di caccia per la stagione venatoria 2021/2022

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARO

- di essere in possesso della licenza di porto d'armi per uso caccia n. _____
rilasciata dalla Questura di _____ in data _____
- di aver provveduto al versamento della tassa di concessione governativa di porto di fucile anche per uso caccia e dell'addizionale di cui all'art. 24, comma 1 della legge 157/92
- di aver provveduto al versamento delle quote assicurative
- di praticare la seguente forma di caccia

A - caccia vagante in zona alpi

B – caccia da appostamento fisso con richiami vivi

C – insieme delle altre forme di caccia (caccia negli ATC)

Nota: barrare con una crocetta tra le parentesi le voci che interessano

di essere iscritto nel/i seguente /i ATC/CA _____

di aver provveduto al versamento della tassa di iscrizione ATC/CA

di aver provveduto al versamento della tassa di concessione regionale per l'esercizio venatorio

di praticare l'esercizio venatorio esclusivamente in azienda venatoria

DICHIARO INOLTRE

- di svolgere l'attività lavorativa di _____

Settore _____

CODICE FUCILE:

1 Per fucile a un colpo

2 Per fucile a due colpi

3 Per fucile a più colpi

parte da compilare per i nuovi cacciatori

DICHIARO INOLTRE

- di aver provveduto a comunicare alla Provincia di residenza l'opzione sulla forma di caccia prescelta a norma dell'art. 34 della Legge Regionale n. 8/94 e successive modifiche

ELENCO ALLEGATI

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità

INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016

1. Premessa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, il Comune di Medicina, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali. 2. Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Medicina, con sede in Via Libertà 103, 40059 Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 10, al Comune di Medicina, Ufficio Relazioni con il Pubblico, via e-mail urp@comune.medicina.bo.it 3. Il Responsabile della protezione dei dati personali Il Comune di Medicina ha designato quale Responsabile della protezione dei dati la società Lepida SpA (dpo-team@lepida.it). 4. Responsabili del trattamento L'Ente può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui l'Ente la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa, tali soggetti assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati. Vengono formalizzate da parte dell'Ente istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento". Vengono sottoposti tali soggetti a verifiche periodiche al fine di constatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell'affidamento dell'incarico iniziale. 5. Soggetti autorizzati al trattamento I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei suoi dati personali. 6. Finalità e base giuridica del trattamento Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dal Comune di Medicina per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati per le seguenti finalità: gestione dello spazio pubblicitario in via del Piano/via S. Vitale Ovest, Sala Auditorium, Saletta del Suffragio, ex Sala d'arte; raccolta firme per proposte di referendum abrogativi e leggi di iniziativa popolare; rilascio tesserino per la raccolta funghi nei territori non montani della provincia di Bologna; pesca sportiva o ricreativa; ritiro atti depositati presso la Casa Comunale; tesserini per la caccia; reciproca informazione fra l'URP e le altre strutture operanti nell'Amministrazione; protocollazione e distribuzione dei documenti in arrivo; archivio di deposito; gestione della posta certificata; autenticazione con Federa; comunicazione istituzionale sul sito internet comunale; redazione del periodico comunale Punto E; campagne di comunicazione; gestione di segnalazioni, suggerimenti e richieste di informazioni; 7. Destinatarî dei dati personali I suoi dati personali non sono oggetto di comunicazione o diffusione. 8. Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea. 9. Periodo di conservazione I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene. 10. I suoi diritti Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto: • di accesso ai dati personali; • di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano; • di opporsi al trattamento; • di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali 11. Conferimento dei dati Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di perseguire le finalità istituzionali per le quali ha presentato richiesta.

Data _____

Firma _____

PARTE DA COMPILARE PER EVENTUALE DELEGA AL RITIRO DEL TESSERINO

Io (nome e cognome delegante) _____ delego per il ritiro del tesserino di caccia il/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____ di cui allego copia del documento di identità.

luogo e data _____ Firma _____

Parte riservata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico

In caso di presentazione diretta allo sportello ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del DPR 445/2000, la firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto previo accertamento della sua identità mediante:

documento tipo	numero
rilasciato da	il
Medicina	Firma del dipendente incaricato

Per chiarimenti e informazioni:

U.R.P.- Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione istituzionale

SI RICEVE SOLO SU APPUNTAMENTO NEI SEGUENTI GIORNI E ORARI:

Martedì 15.00 – 18.00

Giovedì 8.15 – 12.00

Venerdì 8.15 – 12.00

CONTATTI: tel. 051 6979160; fax 051 6979222; e-mail: comunicazione@comune.medicina.bo.it

IMPORTANTE: Le variazioni degli orari dell'ufficio verranno comunicate sulla pagina dedicata sul sito: www.comune.medicina.bo.it