

Data di arrivo:	Data di consegna:	<b>Comune di Medicina</b> 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 2022/2023

**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

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 \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA** per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 è disponibile sul sito istituzionale del Comune di Medicina.

**Per chiarimenti e informazioni:**

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

**SI RICEVE NEI SEGUENTI GIORNI E ORARI:**

Lunedì 8.15 – 12.00  
Martedì 8.15 – 12.00                      15.00 – 18.30  
Giovedì 8.15 – 12.00                      15.00 – 18.30  
Venerdì 8.15 – 12.00

**CONTATTI:** tel. 051 6979160; fax 051 6979222; e-mail: [urp@comune.medicina.bo.it](mailto:urp@comune.medicina.bo.it)

**IMPORTANTE:** Le variazioni degli orari dell'ufficio verranno comunicate sulla pagina dedicata sul sito: [www.comune.medicina.bo.it](http://www.comune.medicina.bo.it)