***Alla Giunta Regionale della Campania***
***Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e Forestali***

***Alla U.O.D.- S.T.P.*** _____

_____

**OGGETTO**: *L.R. n.8 del 24/07/2007 - Domanda di rimborso per doppio o errato pagamento rilascio/rinnovo tesserino funghi.*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ (Prov. ___) il _____ e residente nel Comune di _____ (Prov. ____), alla via _____ n. ___ C.A.P. _____

Tel. Cell. _____/_____ - Cod. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Posta elettronica/Pec _____,

***C H I E D E***

il rimborso della quota relativa al rilascio/rinnovo tesserino funghi epigei, spontanei, commestibili e non, a tal fine

***DICHIARA***

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, di:

|_| aver versato erroneamente l'importo di € _____ pur non essendo possessore di tesserino;

|_| aver versato doppiamente l'importo di € _____ per il tesserino n° _____ rilasciato da _____;

***Allega alla presente***:

- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- fotocopia del codice fiscale.

Luogo e Data _____

*FIRMA*

_____
*(per esteso e leggibile)*

***Informativa Trattamento Dati***

Il sottoscritto autorizza l'Ente, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e ss.mm.ii., al trattamento, anche con strumenti informatici, dei dati personali raccolti, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale tali dichiarazione vengono rese.

In Fede

_____
***(per esteso e leggibile)***