

**REGIONE TOSCANA - DIREZIONE AGRICOLTURA E SVILUPPO RURALE**

*“Attività Faunistico Venatoria, Pesca in Mare e rapporti con i Gruppi di Azione Locale della Pesca ( FLAGS). Pesca nelle acque interne”*

Via di Novoli, 26 - 50127 FIRENZE - Indirizzo PEC: [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it)

Sede Territoriale di: \_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_  
( indicare la città ) ( per la spedizione cartacea compilare l'indirizzo completo della Sede Territoriale )

marca da bollo  
16,00 €

(spazio riservato per il timbro protocollo)

Classificazione U.090.072

**RICHIESTA AMMISSIONE ESAME PER ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO VENATORIO**

riservata ai soli cacciatori residenti o domiciliati in Regione Toscana

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
(città italiana o stato estero) (giorno/mese/anno) (comune e frazione)  
via/piazza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
(telefono fisso e/o cellulare)

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
e-mail (scrivere in modo leggibile o in stampatello) Pec (indirizzo posta certificata) @ \_\_\_\_\_  registrato  
ap@ci Toscana

Codice fiscale \_\_\_\_\_

➤ Indicazione del domicilio in Regione Toscana [sezione riservata ai non residenti]:

Domiciliato nel Comune di: \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a sostenere gli **esami per il rilascio del certificato di abilitazione all'esercizio venatorio**, previsto dall'art. 22 della Legge 157/92;

Chiede altresì, in caso di superamento dell'esame, di essere iscritto al registro regionale di caccia al cinghiale in braccata o girata: SÌ  NO

**DICHIARA:**

- di essere a conoscenza che le date, gli orari e il luogo dell'esame, ed ogni altra comunicazione inerente ad esso, saranno dati esclusivamente attraverso il sito internet della Regione Toscana o attraverso altro sito da essa indicato.

*Le autocertificazioni o le dichiarazioni sostitutive di atto notorio contenute nella presente richiesta e nei relativi allegati sono rese ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n° 445. Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali previste dal medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.*

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine di rilasciarle la presente autorizzazione, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: Piazza Duomo 10 - 50122 Firenze); ([regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it))
2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude il rilascio dell'autorizzazione richiesta. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obblighi di legge, e saranno diffusi mediante pubblicazione sulla banca dati della Regione Toscana.
3. I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati ([urp\\_dpo@regione.toscana.it](mailto:urp_dpo@regione.toscana.it)).
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>)

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ firma (per esteso e leggibile)

Allega la seguente documentazione:

- una marca da bollo da 16,00 €
- Copia fotostatica del certificato medico anamnestico rilasciato dal proprio medico in corso di validità (da consegnare in sede di prova scritta – si fa presente che tale certificato ha una validità di mesi 3 a partire dalla data di rilascio)
- Copia fotostatica fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Nota: apporre la marca sulla presente richiesta nell'apposito spazio sulla prima pagina.  
Una seconda marca sarà richiesta dopo il superamento dell'esame di abilitazione.