

## SCHEDA DI RILEVAZIONE BIOMETRICA - FEMMINE ADULTE E SUB ADULTE CINGHIALE

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ (art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la sottoscritto/a operatore/cacciatore .....  
C.F. .... nata/o a ..... (...)  
il ..... e residente a ..... (...)  
in via ..... n. .... di cittadinanza .....,  
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

#### DICHIARA

di aver abbattuto numero.....femmine di cinghiale adulto/subadulto

#### DATI ABBATTIMENTO:

Data Abbattimento:..... Ora: .....

N° identificativo fascetta ..... Sesso: Femmina

Età:  6-12 mesi  oltre i 12

Modalità:  Caccia di selezione  Caccia collettiva  Controllo faunistico (Selezione)  Controllo faunistico(Collettiva)

Provincia: ..... Comune:.....

Località: .....

Coordinate GPS punto di sparo.....

IBAN (per l'erogazione della compensazione): .....

(in occasione della prima verifica, per poter ricevere la compensazione è necessario compilare e consegnare all'ASL la richiesta di inserimento in anagrafica beneficiari) – ALL 1

#### **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1,, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Firma dell'operatore/cacciatore .....\*

**Operatore designato dalla ASL:**

Cognome: ..... Nome: .....

C.f.: .....

Residente in: ..... Comune: .....

Telefono: .....

IBAN (per l'erogazione del rimborso): .....

(in occasione della prima verifica, per poter ricevere la compensazione è necessario compilare e consegnare all'ASL la richiesta di inserimento in anagrafica beneficiari) – ALL 1

**Veterinario ufficiale**

**DATI RILEVATI PRESSO**

Denominazione Struttura: .....

Tipologia struttura:  Centro designato  Centro di lavorazione della selvaggina

Firma dell'operatore designato dalla ASL .....

Firma e timbro del Veterinario Ufficiale .....