

A. T. C. n. 3
Via L. Da Vinci, 11
85037 SANT'ARCANGELO

p.c. **Regione Basilicata**
Dipartimento Politiche Agricole e
Forestali – P.O.
Dott.sa Agnese Lanzieri
Via V. Verrastro
85100 Potenza

Il sottoscritto _____,

nato a _____, il _____

residente a _____ in via _____

conferma la disponibilità ad effettuare la sorveglianza per la Peste Suina Africana (PSA), con l'utilizzo esclusivo del sistema XCACCIA, con una durata minima di 4 (quattro) ore giornaliere, nel territorio del comune di propria residenza, ovvero in altro comune a restrizione, come da date e località sotto riportate,

COMUNE	DATA
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Di seguito si riportano le coordinate IBAN del proprio conto corrente per l'accredito del rimborso forfettario.

IBAN: _____



Il sottoscritto autorizza l'A.T.C. 3 al trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza per ogni finalità o esigenza connessa allo svolgimento delle attività di sorveglianza, a norma dell' art. 13 del GDPR 679/16 e del D. Lgs. n. 101/2018

Firma

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità

