



Spett. AMBITO TERRITORIALE DI
CACCIA n.3 TERNANO – ORVIETANO
Viale C.Guglielmi, 59 - 05100 TERNI

Telefono 0744.436896
fax 0744.428057
e-mail: atc3@inwind.it

OGGETTO: Richiesta d'intervento di prelievo con arma da fuoco delle specie cornacchia grigia e gazza in seguito a danni alle produzioni agricole in territorio libero.

Il sottoscritto* _____, nato
a* _____ il _____* _____, residente in
* _____ Prov* _____ Via* _____
CAP* _____ Tel _____*Cell _____*mail: _____

(obbligatoria)

_____ in qualità di proprietario / conduttore dei terreni agricoli sotto elencati
comunica che gli stessi sono interessati da danni alle produzioni agricole causati dalla specie:

- CORNACCHIA GRIGIA
 GAZZA

COMUNE*	FOGLIO*	PARTICELLE*	SAU (ha)*	COLTURA DANNEGGIATA

Dichiara di aver messo in atto i seguenti sistemi di prevenzione del danno, che tuttavia si sono dimostrati scarsamente efficaci:

SISTEMA DI PREVENZIONE*	Periodo di utilizzo*	
	Data inizio	Data fine
Dissuasori acustici		
Dissuasori visivi		
Altro		

In seguito a ciò **chiede a codesto Comitato di dare seguito all'attività di contenimento delle suddette specie mediante abbattimento con arma da fuoco** nei fondi sopra indicati e nei terreni circostanti entro una distanza di 300 metri.

Il richiedente al fine di individuare il gruppo operativo per l'esecuzione degli interventi:

PROPONE i seguenti nominativi di persone in possesso dell'abilitazione richiesta per l'esecuzione di tale tipo d'intervento:

COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA *	DATA DI NASCITA*	Tel/Cell. (obbligatorio)

Tra i quali funge da Coordinatore del gruppo il Sig. _____

CHIEDE all'ATC di individuare i nominativi delle persone provviste della necessaria abilitazione per l'esecuzione degli abbattimenti.

Allega alla presente richiesta, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante e calendario degli interventi di controllo delle specie gazza e cornacchia grigia.

Dichiara inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Lgs. 30/06/03 n. 196 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ li _____

Firma del richiedente

Firma del referente del gruppo d'intervento

Nota bene: i campi contrassegnati dall'asterisco devono essere obbligatoriamente compilati. In caso contrario non si procederà al rilascio dell'autorizzazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART.47 Del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente

nel comune di _____ Via _____ n. _____

a conoscenza del disposto dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e s.m.i.,

DICHIARA

Di essere proprietario/conduuttore dei fondi agricoli individuati dai seguenti estremi catastali:

COMUNE*	FOGLIO*	PARTICELLE*

Che i terreni sopra elencati sono interessati dai danni alle produzioni agricole causati dalle specie:

CORNACCHIA GRIGIA

GAZZA

Di aver messo in atto sistemi di prevenzione del danno, che tuttavia si sono dimostrati scarsamente efficaci:

dissuasori acustici (specificare) _____

dissuasori visivi (specificare) _____

altro (specificare) _____

Dichiara inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs. 30/06/03 n. 196 e s.m.i. , che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....li,.....

Il Dichiarante.....

Ai sensi dell'art.38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento d'identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, oppure a mezzo di posta.

CALENDARIO DEGLI INTERVENTI DI CONTROLLO DELLA SPECIE GAZZA E CORNACCHIA GRIGIA ANNO 2019

Mese di	1	2	3	4	5	6	7	8

Inizio ora intervento								

Mese di	9	10	11	12	13	14	15	16

Inizio ora intervento								

Mese di	17	18	19	20	21	22	23	24

Inizio ora intervento								

Mese di	25	26	27	28	29	30	31

Inizio ora intervento							

Contrassegnare con una "X" i giorni d'intervento (compilare obbligatoriamente i giorni per un intero mese) e indicare l'ora d'inizio d'intervento