

Riservato all'ufficio:

Alla **CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI**
SETTORE TUTELA DEL TERRITORIO
Ufficio Protezione Fauna Selvatica Caccia
e Agricoltura
Via Cadello 9/B - 09121 - CAGLIARI

DANNI CAUSATI DALLA FAUNA SELVATICA - Produz. Zootecniche -
 (Art. 59, L.R. n. 23/98 - D.A.D.A. 25/V 27.08.03 - Reg. Prov. Delibera C.P. n. 9 del 13/02/2012)

Il/la sottoscritt_ _____ (cognome)

(nome)

nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ C.A.P. _____

Via _____ Nr. _____ Tel.. ____ / ____

e _____ @ _____ Cod. Fisc. _____

_____ P.IVA _____

Rapp. Leg. - Amministr. - Socio - Altro, della soc. - coop. - altro _____

Ragione Sociale _____

Sede Legale _____

_____ P.IVA _____

iscrizione nel registro imprese agricole (CCIAA) al nr. _____ dal ____ / ____ / ____

inoltra richiesta di risarcimento del danno causato da animali selvatici alle seguenti **specie animali** _____ allevate su terreni

posseduti in comune di _____

CHIEDE

Ai sensi della Legge Regionale 29 luglio 1998, n. 23 recante "Norme per la protezione della Fauna Selvatica e per l'esercizio della Caccia in Sardegna", un sopralluogo al fine di accertare l'entità dei danni provocati dalla specie animale: _____

alla/alle specie animali di cui sopra e conseguentemente richiede un risarcimento così come previsto dalle vigenti disposizioni in materia.

Essendo a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, e dall'art. 75 dello stesso decreto sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 commi 1 e 2 del citato decreto,

F
A
L
I
G
O
R
I
N
E
A
T
M
R
F
A
P
C
E
I
C
P
L
D
U
I
R
S
T
A
E
N
S
P
R
D
A

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l'allevamento in esame non è coperta da polizza assicurativa per danni da fauna selvatica né risulta oggetto di altra provvidenza.

Dati relativi alle specie allevate

Comune	Specie allevata	Nr. Capi /arnie allevati	Nr. Capi/Famiglie Abbatuti/distrutti	DANNO %	Specie causa del danno

il cui allevamento/conduzione RICADE IN ZONA:

<input type="checkbox"/>	Oasi Permanenti di Protezione faunistica e cattura
<input type="checkbox"/>	Zona di ripopolamento e cattura
<input type="checkbox"/>	Zona di addestramento cani
<input type="checkbox"/>	Parco o riserva naturale speciale regionale
<input type="checkbox"/>	Altro

- Breve descrizione del danno riscontrato: _____

• data in cui è stato rilevato il danno:	
• Razza / Specie danneggiata:	
• Nr. Capi / Arnite Allevate:	
• Nr. Capi / Arnite danneggiate:	
• Importo presunto del danno:	

Ai sensi del D.lg. 196/03, si autorizza l'Amministrazione Provinciale di Cagliari all'acquisizione ed al trattamento dei dati personali nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Allega **in duplice (2) copia:**

- Verbale di accertamento danni redatto dal Servizio Veterinario Asl competente per territorio -
- Verbale accertamento presenza predatori redatto dalla stazione Forestale e di V.A. -
- Copia planimetria catastale dell'azienda con indicazione della zona dove sono stati riscontrati i danni
- Autocertificazione attestante il numero e il titolo di possesso dei capi/arnie. (ALLEGATO D - Bis).
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale -
- Denuncia consistenza carico di stalla / Denuncia consistenza alveari -
- Eventuale Iscrizione albero genealogico capi abbattuti/danneggiati -
- Copia domanda di aiuto Comunitario per i capi in possesso -
- Documentazione fotografica attestante il danno (opzionale) -
- Copia ricevuta di pagamento spese istruttoria di € 25.00 mediante versamento su C/C Postale nr. 11310091 intestato a:
EX PROVINCIA DI CAGLIARI / CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI - indicare in causale "Risarcimento Danni - Settore Tutela del Territorio - Annualità 2017 "
- Altro (specificare) _____

A conoscenza delle sanzioni previste dalla legge per coloro che rendono false dichiarazioni, il sottoscritto attesta che quanto sopra corrisponde a verità.

ALLEGATO D - Bis**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(ART. 47 - D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 - N. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente
a _____ CAP _____
via _____ nr. _____, in qualità di:

- Titolare dell'omonima impresa
 Rappresentante legale/amministratore/socio/altro _____ della
soc. _____ con sede legale
in Comune di _____ Via _____
P.IVA _____;

a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, e dall'art. 75 dello stesso decreto sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 commi 1 e 2 del citato decreto, e sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

Di essere:

- proprietario -
 affittuario -
 altro (specificare) _____

Di nr. _____ capi / arnie di razza _____

di cui nr. _____ iscritti all'albo genealogico

Di nr. _____ capi di razza _____

di cui nr. _____ iscritti all'albo genealogico

luogo_____
data_____
firma

ALLA CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI
SETTORE TUTELA DEL TERRITORIO
Ufficio Protezione Fauna Selvatica Caccia e Agricoltura
Via Cadello 9/B - 09121 - CAGLIARI

DANNI CAUSATI DALLA FAUNA SELVATICA - Prod. Zoot.
(Art. 59, L.R. n. 23/98 - D.A.D.A. 25/V 27.08.03 - Reg. Prov. Delibera C.P. nr. 9 del 13/02/2012)

E
L
A
N
G
R
I
O
N
I
E
T
A
M
R
I
F
I
A
P
I
O
C
E
C
L
I
P
U
D
N
I
S
R
A
T
I
N
S
E
R
P
A
D

DATI IMPRESA

Il sottoscritto		A01	A02		
(Cognome)			(Nome)		
nato a	A03	Prov.	A04	il	A05
residente in	A06	CAP	A07		
Via	A08	C.F.			
		P.IVA			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Rapp. Leg. - <input type="checkbox"/> Amministr. - <input type="checkbox"/> Socio - <input type="checkbox"/> Altro, della <input type="checkbox"/> soc. - <input type="checkbox"/> coop. - <input type="checkbox"/> altro _____					
Ragione Sociale	A09				
Sede Legale	A10				
P. IVA					

MODALITA' DI PAGAMENTO - * In caso di esito positivo istruttoria _

Accredito su c/c Bancario o Conto c/c Postale intestato a:		<input type="checkbox"/> richiedente	-	<input type="checkbox"/> soc. rappresentata
Codice I B A N		Nr. Conto Corrente		
		A12		
Istituto		Filiale		
A13		A14		
Intestazione c/c				
A15				

RITENUTA D'ACCONTO

<input type="checkbox"/> Esonerato	<input type="checkbox"/> NON Esonerato
------------------------------------	--

luogo e data

firma

