



Area Marina Protetta Santa Maria di Castellabate

Domanda di autorizzazione per l'esercizio delle attività di ricerca scientifica

Il sottoscritt* _____ nat_a* _____ (____) il* ____/____/____
Tel., e-mail, o fax* _____
in qualità di* _____
ragione sociale/Ente di ricerca* _____

CHIEDE

l'autorizzazione a svolgere attività di ricerca scientifica all'interno dell'Area Marina Protetta:

* in zona: A sottozona B B C in tutta l'area marina protetta

per un periodo che va dal ____/____/____ al ____/____/____

con un permesso settimanale mensile annuale esente corrispettivo

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R.445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di aver preso visione del Decreto Istitutivo del 21 ottobre 2009, pubblicato in GU n. 82 del 09/04/2010, del Regolamento di esecuzione ed organizzazione dell'A.M.P. Santa Maria di Castellabate approvato con D.M.del 09/04/2015 pubblicato sulla G. U. n. 99 del 30/04/2015, e di ogni altro provvedimento e/o disciplinare emesso dall'Ente Gestore;
2. di allegare alla presente istanza:
 - relazione esplicativa;
 - ricevuta di pagamento;
 - documento di riconoscimento.

Vallo della Lucania, li _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

***CAMPI OBBLIGATORI**