Al Sig. Sindaco

 Protocollo Comune di Medicina

 Via Libertà 103, 40059 - Medicina

 sue@pec.comune.medicina.bo.it

**DEPOSITO PRESSO GLI UFFICI COMUNALI DI TIPO DI FRAZIONAMENTO/MAPPALE**

**(art. 30 comma 5 DPR 380/2001)**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto all’Ordine/Collegio dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al num. \_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di: € Proprietario € Tecnico incaricato dalla proprietà di alla procura allegata

**DEPOSITA**

**Ai sensi dell’art. 30 comma 5 DPR 380/2001, l’allegato tipo di frazionamento/tipo mappale interessante la/le particella/e catastale/i censita/e in questo Comune al nuovo catasto:**

TERRENI Foglio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mapp. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Foglio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mapp. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

URBANO Foglio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mapp. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Foglio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mapp. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Della/e area/e identificata/e sul PSC/RUE del Comune di Medicina alla Tav. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con destinazione urbanistica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Redatto per:

*(specificare)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

* Copia di Tipo di frazionamento/mappale in formato digitale;
* Procura speciale per l’invio di pratiche online;
* Copia di documento di identità;
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicina, lì IN FEDE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento informatico sottoscritto digitalmente ai sensi del DL n. 82/2005 e ss.mm.ii.

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** (art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016). I dati personali raccolti con il presente modello verranno trattati da personale incaricato del Comune di Medicina nell’ambito delle proprie finalità istituzionali in relazione al procedimento avviato con l’istanza. Il trattamento avverrà con modalità informatiche e manuali seguendo i principi di liceità, correttezza, pertinenza e non eccedenza. I dati personali del richiedente non saranno diffusi ma potranno essere utilizzati in maniera anonima per i registri e le statistiche dei procedimenti. Possono venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti, i collaboratori del titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra. L’interessato ha diritto: di accesso ai propri dati personali; di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano; di opporsi al trattamento; di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Medicina. Il Comune di Medicina ha designato quale Responsabile della protezione dei dati la società Lepida SpA (dpoteam@lepida.it - segreteria@pec.lepida.it).

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_