

**Amministrazione destinataria**

Regione Friuli Venezia Giulia

**Ufficio destinatario**

Ufficio Protocollo

**Richiesta di cancellazione dal gruppo comunale dei volontari di protezione civile****Il sottoscritto**

|                      |                      |                             |                      |                               |                          |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                        |                      | Codice Fiscale                |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita            |                      | Cittadinanza                  |                          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Residenza            |                      |                             |                      |                               |                          |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo                   | Civico               | Barrato                       | Interno                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                             |                      | Scala                         | Piano                    |
|                      |                      |                             |                      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

- ☐ per sé stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato minore di almeno 16 anni compiuti

**soggetto interessato**

|                                                                                                                      |                      |                      |  |                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|--|
| Cognome                                                                                                              |                      | Nome                 |  | Codice Fiscale       |  |
| <input type="text"/>                                                                                                 |                      | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |
| Data di nascita                                                                                                      | Sesso                | Luogo di nascita     |  | Cittadinanza         |  |
| <input type="text"/>                                                                                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) |                      |                      |  |                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                                 |                      |                      |  |                      |  |

di essere cancellato dal gruppo comunale dei volontari di protezione civile.

**Eventuale motivazione**

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☐ copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- ☐ altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

il dichiarante