

## Domanda di iscrizione per la partecipazione al corso di formazione " Agricoltura biologica "

ai sensi del PSR Regione Abruzzo - Misura 11.1 - DPD019/76 del 26/04/2016 e DPD019/64 del 24/04/2018

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Titolo di studio (indicare l'ultimo conseguito) \_\_\_\_\_

### Campi Obbligatori

in qualità di :

Legale Rappresentante/Titolare
--------------------------------

dell'azienda \_\_\_\_\_

con sede legale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Partita IVA n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

chiede di partecipare al seguente corso

Corso di formazione " Agricoltura biologica" Annualità 2016 ( Durata ore 15)
Corso di formazione " Agricoltura biologica" Annualità 2018 ( Durata ore 15)

### Dichiara:

1. di essere a conoscenza di tutte le condizioni di partecipazione alle attività formative;
2. di comunicare tempestivamente, a mezzo lettera raccomandata, nel caso di rinuncia, la mancata partecipazione alle attività cursuali;
3. di non essere interessato da nessuna condizione ostativa alla partecipazione;

### Si impegna :

1. a frequentare le lezioni previste dalla programmazione didattica senza possibilità di assenze se non per giustificati motivi;



2. A versare, prima dell'avvio delle attività formative, la somma di €. \_\_\_\_\_  
quale quota di iscrizione obbligatoria, attraverso bonifico bancario intestato a :

**CIPAT ABRUZZO Viale G. Bovio n. 85 - IBAN IT93 T084 7315 4000 0000 0125 012**

3. Ad accettare sia la programmazione didattica fissata che la sede di svolgimento dell'azione formativa;
4. A fornire documentazione di identità in corso di validità.

Al termine dell'attività formativa verrà rilasciata idonea attestazione come stabilito da normative vigenti e relativa fattura di avvenuto pagamento.

**Allega alla presente:**

- **copia fotostatica del documento di identità in corso di validità**
- **copia fotostatica del codice fiscale**

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, n. 196 " Codice in materia di protezione dei dati personali e del GDPR (regolamento UE 2016/679) il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei propri dati personali.

Luogo \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Per informazioni rivolgersi :

CIPAT Abruzzo Tel. 085.388255

E MAIL [info@cipatabruzzo.it](mailto:info@cipatabruzzo.it); [cipatabruzzo@pec.it](mailto:cipatabruzzo@pec.it) ;

CIA Chieti Pescara Tel. 0871/64342 - 085/28403

CIA L'Aquila Teramo Tel. 0862/24030 – 0861/245432

---

Validazione della domanda di iscrizione

CIPAT ABRUZZO \_\_\_\_\_

PESCARA \_\_\_\_\_

