



CORSO di FORMAZIONE BASE ed AGGIORNAMENTO PER UTILIZZATORI PROFESSIONALI DI PRODOTTI FITOSANITARI

Delibera Regionale n.3233 del 6 marzo 2015

Sede [Via Artigiani 63 – 25040 Bienno \(BS\)](#)

Date Mart. **03.10.2023** – Gio. **05.10.2023** – Mart. **10.10.2023** – Gio. **12.10.2023** – Mart. **17.10.2023** – Gio. **19.10.2023** – Mart. **24.10.2023** dalle **17:30 alle 20:30**

Esame Mart. **24.10.2023** (solo per la formazione base)

Durata **20 ore** (formazione base) - **12 ore** (rinnovo – frequenteranno le prime 4 lezioni)

Quota di iscrizione
FORMAZIONE BASE

per associati APAV ed aderenti Centro Servizi GAL
€ 120,00 euro + IVA 22% (importo da versare 146,40 € totali)

per NON associati APAV ed aderenti Centro Servizi GAL
€ 150,00 euro + IVA 22% (importo da versare 183,00 € totali)

RINNOVO

per associati APAV ed aderenti Centro Servizi GAL
€ 80,00 euro + IVA 22% (importo da versare 97,60 € totali)

per NON associati APAV ed aderenti Centro Servizi GAL
€ 100,00 euro + IVA 22% (importo da versare 122,00 € totali)

NB: È possibile disdire l'adesione al corso entro 4 giorni dall'inizio. Oltre quanto indicato verrà fatturato l'intero importo.

Modulo di iscrizione da compilare e restituire via e-mail a chiara.morandini@apave.com o via fax.0364.300354

Ditta P.I.
 Codice univoco (per fatturazione elettronica).....Pec.....
 Via..... Comune.....Cap.....
 Tel Fax e-mail

FORMAZIONE BASE **RINNOVO**

Partecipante sig.

Partecipante sig.

Per ogni partecipante compilare il modulo seguente ed allegare copia della carta d'identità, codice fiscale ed eventuale "patentino" in scadenza.

Data
 firma.....

APAVE ITALIA CPM SRL
 Tel. 0364/300342 Fax 0364/300354
 e-mail: chiara.morandini@apave.com



CORSO di FORMAZIONE BASE ed AGGIORNAMENTO PER UTILIZZATORI PROFESSIONALI DI PRODOTTI FITOSANITARI

Io sottoscritto/a Nome Cognome

Residente a in via..... cap..... Prov.....

Domiciliato a in via..... cap..... Prov.....

Nato a Nazione Prov il

Codice Fiscale Cittadinanza..... Sesso

Condizione professionaleTelefono

E-mail.....

Titolo di studio* (*se in possesso di diploma o laurea, specificare il percorso di studi e la durata)

chiedo di essere iscritto/a al corso per "utilizzo prodotti fitosanitari" Ottobre 2023:

FORMAZIONE BASE (20 ore) RINNOVO (12 ore)

Dichiaro di:

avere età maggiore ai 18 anni

Dati per la fatturazione: Ragione sociale

Indirizzo.....

P.I. C.F

Codice Univoco (per fatturazione elettronica).....PEC.....

Tramite Bonifico Bancario da effettuare prima dell'inizio del corso intestato ad APAVE ITALIA CPM Srl - Coordinate Bancarie (**attendere conferma definitiva di avvio corso prima di procedere con il pagamento**):

Causale da scrivere sul Bonifico Bancario: CORSO FITOSANITARI Bienno Ottobre 2023 -

Nome e Cognome partecipante – Azienda

Banca: INTESA SAN PAOLO Filiale di Bienno (Bs)

IBAN: **IT53J0306954094100000000621**

NB: È possibile disdire l'adesione al corso entro 4 giorni dall'inizio. Oltre quanto indicato verrà fatturato l'intero importo.

DATA _____

FIRMA _____

Informativa ai sensi della Legge EU 2016/679

Apave Italia CPM srl, La informa che per quanto riguarda la tutela della privacy i dati personali che la riguardano, da Lei forniti direttamente tramite la presente scheda, sono trattati esclusivamente per l'adempimento di obblighi previsti dalla normativa vigente, per finalità strettamente connesse alla gestione dei rapporti con la SV. Inoltre gli scopi del trattamento riguardano anche gli adempimenti di carattere amministrativo (registrazione dei dati a fini gestionali o di fatturazione) previsti da normative nazionali e regionali. I dati vengono registrati e conservati sia in forma automatizzata, sia in forma cartacea. Titolare del trattamento è Apave Italia CPM srl, Via Artigiani 63, 25040 BIENNO (BS). **Io sottoscritto/a, acquisito informazioni di cui all'articolo 13 del Codice della Privacy, ai sensi dell'articolo 23 del medesimo Codice** presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per i trattamenti specificati nell'informativa e per elaborare studi e ricerche, inviare materiale pubblicitario ed informativo.

Accetto: Non accetto:

DATA _____ NOME E COGNOME _____ FIRMA _____