

SPETT. ARSARP
VIA G. VICO, 4
86100 CAMPOBASSO

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE CORSO PATENTINO FITOSANITARIO

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a
via
Tel e-mail
CODICE FISCALE
TITOLO DI STUDIO
PROFESSIONE
in qualità di Utilizzatore Venditore

CHIEDE

Di poter partecipare al corso per UTILIZZATORI PROFESSIONALI E
VENDITORI DI PRODOTTI FITOSANITARI

Rilascio

Rinnovo

Organizzato dall'ARSARP dal al

Si impegna prima dell'attivazione del corso a versare sul CC Postale N.
001032982751 ovvero a mezzo Bonifico al seguente IBAN IT 62 R 02008 03813
000105483272 intestato ad ARSARP, la somma di € 20,00 quale quota di iscrizione
al corso e riportare come causale "Corso Patentino fitosanitario" e il nominativo del
corsista.

Con la presente, inoltre, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del
D.lgs. 196 del 30 giugno 2003, per le finalità connesse alla partecipazione al corso.

Data

.....

firma