

(compilare in stampatello)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____
residente in _____ (____), via _____
cellulare _____, e-mail _____,

(da compilare in stampatello solo per i professionisti regolarmente iscritti a: Ordine dei dottori Agronomi e Forestali - Ordine dei Tecnologi Alimentari Campania e Lazio e Ordine dei dottori Agronomi e Forestali di Salerno)

Iscritto regolarmente all'Ordine _____ Con Numero iscrizione Albo _____

CHIEDE

di poter partecipare al Corso per la determinazione dell'idoneità fisiologica all'assaggio degli oli d'oliva,

SI IMPEGNA A

- versare la quota di iscrizione di € 150,00 (iva inclusa) con bonifico bancario al seguente **IBAN: IT4000706676610000000107045 - BCC Buccino e dei Comuni Cilentani;**
- inviare all'indirizzo e-mail **info@aprolcampania.it** copia del presente modulo compilato, allegando documento di identità, codice fiscale e copia dell'avvenuto pagamento entro e non oltre il 04-11-2022.

Si precisa che il pagamento della quota di iscrizione e la trasmissione del presente modulo compilato sono fattori determinanti per la garanzia di partecipazione e danno diritto di precedenza.

Con la presente si autorizza il trattamento dei dati personali in osservanza del D.Lgs. 196/2003

PER INFO:

- 350.1384558
- 081.7281024

Luogo e data

Firma
