



DOMANDA DI ISCRIZIONE

(da inviare via mail a cesar@cesarweb.com)

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residenza Via _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ P. IVA _____

Tel. _____ E-mail _____

Indirizzo PEC _____

Codice Destinatario (Se soggetto a fatturazione elettronica) _____

Iscritto Ordine Agronomi (ai fini richiesta CFP) si no

Chiede di iscriversi al

CORSO DI FORMAZIONE AI FINI DEL RINNOVO DELL'ABILITAZIONE ALLA VENDITA SUI PRODOTTI FITOSANITARI – annualità 2025 (corso 12 ore on-line su piattaforma ZOOM)

Quota di iscrizione **€ 80,00 + IVA (€ 97,60)** da versare tramite bonifico bancario a favore di CESAR CENTRO PER LO SVILUPPO AGRICOLO E RURALE presso Banco BPM intestato a CESAR CENTRO PER LO SVILUPPO AGRICOLO E RURALE

Cod. IBAN: IT 20 L 05034 03001 000000004158 – Causale: corso rinnovo venditori fitofarmaci

Allegati:

- **Copia documento identità**
- **Copia tesserino scaduto**

INTESTAZIONE FATTURA (se diversa dai dati personali)

Azienda _____

Sede: Via _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

CF/ P. IVA _____

Indirizzo PEC _____

Codice Destinatario _____

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali da parte del CESAR, in relazione alla finalità di gestione e comunicazione del servizio corsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. LGS 196/2003 e del GDPR (Reg UE 2016/679)

Luogo e data

Firma
