



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) ☐ sì ☐ no

Chiede di iscriversi al

CORSO DI FORMAZIONE AI FINI DEL RILASCIO DELL'ABILITAZIONE ALLA VENDITA SUI PRODOTTI FITOSANITARI – annualità 2026

(corso base **25 ore** on-line su piattaforma ZOOM + esame finale presso sede ASL)

Quota di iscrizione **€ 180,00 + IVA (€ 219,60)** da versare tramite bonifico bancario a favore di
CESAR CENTRO PER LO SVILUPPO AGRICOLO E RURALE presso Banco BPM
Cod. IBAN: IT 20 L 05034 03001 000000004158 – Causale: corso base venditori fitofarmaci 2026

Allegati:

- **Copia documento identità**
- **Dichiarazione sostitutiva titolo di studio (secondo format allegato)**

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto, nato a il, residente a
prov via
.....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

Di aver conseguito il seguente titolo di studio di cui al all'articolo 4 delle "LINEE GUIDA REGIONALI per il rilascio ed il rinnovo ai distributori delle abilitazioni alla vendita di prodotti fitosanitari rivolte ai Soggetti richiedenti l'abilitazione, alle Aziende Sanitarie Locali, agli Enti formatori e alle Commissioni d'esame. Aggiornamento e revisione della DD n. 2372/2015."
(diploma di scuola media superiore o laurea, anche triennale, in discipline agrarie, forestali, biologiche, ambientali, chimiche, mediche e veterinarie.):

O Diploma in

O Laurea in

conseguito presso in data
riportando la votazione di

Luogo e data

Firma