



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 RINNOVO DELL'ABILITAZIONE ALLA VENDITA SUI PRODOTTI FITOSANITARI – annualità 2026 (corso **12 ore** on-line su piattaforma ZOOM)

Quota di iscrizione **€ 90,00 + IVA (€ 109,80)** 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 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
