

Inviare al n° di fax 0432-904278 o tramite e-mail: info@cefap.fvg.it

Progetto riconosciuto e finanziato da



SCHEDA ISCRIZIONE COLTURE ORTICOLE

DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome e Nome		Data di nascita	
Comune di nascita	Prov.	Stato (Nazione)	
Codice Fiscale		Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Residenza del partecipante			
Via/Piazza/Località			
CAP		Comune	Provincia
Stato (Nazione)	Telefono	E-mail	

Dati dell'Azienda Agricola (è possibile anche utilizzare timbro azienda)

Denominazione azienda		
Codice Fiscale aziendale		Partita IVA
Via/Piazza/Località		
CAP	Comune	Provincia
Stato (Nazione)	Telefono	E-mail

POSIZIONE LAVORATIVA ALL'INTERNO DELL'AZIENDA DEL PARTECIPANTE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TITOLARE | <input type="checkbox"/> SOCIO AMMINISTRATORE |
| <input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE | <input type="checkbox"/> DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO |
| <input type="checkbox"/> SOCIO | |

Hai fatto domanda PSR

- NO
 SI. In quale Misura _____

Il /La sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03, acconsente al trattamento dei dati sopra forniti esclusivamente per le finalità legate alla presente iniziativa e ai fini di eventuali comunicazioni sui prodotti e servizi dell'Ente.

Data

.....
FIRMA DEL RICHIEDENTE