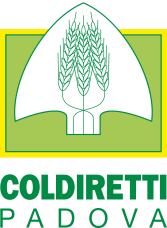
****

Spazio per fototessere

****

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO/INFORMATIVA**

**TITOLO CORSO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATI DEL PARTECIPANTE**

Cognome ………………………………….………………………………Nome ……………….. …………………………………………………………….…

Nata/o a……………………………..……………………………...Provincia…………PD…………………………….il……………………………...

Cittadinanza ………………………………………………………………………………………………….. Sesso Maschile Femminile

Residente in Via/Piazza ………………………………..………………….……………………n°………………………………………………………...

Cap……………………….……..Comune…………………………………………………………Provincia……………………………………………………..

Codice Fiscale ………………………………

Telefono (obbligatorio cellulare) …………………..……………… E mail……………………………………………..…

Domicilio (se diverso dalla residenza di cui sopra):…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Titolo di studio:

|  |  |
| --- | --- |
| * Nessun titolo | * Licenza elementare |
| * Licenza media inferiore | * Qualifica professionale triennale |
| * Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente iscrizione all’università | * Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che consente iscrizione all’università |
| * Laurea di durata superiore ai 3 anni  (laurea vecchio ordinamento o laurea specialistica nuovo ordinamento) | * Laurea triennale (nuovo ordinamento) |
| * Master post laurea triennale (o master di I livello) | * Specializzazione post laurea specialistica |
| * Master post laurea specialistica o post laurea (o master di II livello) | * Dottorato di ricerca |
| * Altro ……………………………………………………………………………………………………………………………. | |

Qualifica: IMPRENDITORE AGRICOLO (ai sensi dell’art. 2135 del C.C.)

COADIUVANTE FAMILIARE (Iscritto all’Inps – CD4) DIPENDENTE AGRICOLO DI AZIENDA AGRICOLA

PARTECIPE FAMILIARE (non iscritto all’Inps ai sensi dell’art. 230 bis del C.C.) con grado di

parentela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(parenti entro il 3° grado e affini entro il 2°)

FAMILIARE CONVIVENTE (ai sensi della Legge n. 76 del 20/05/2016 e dell’art. 230 ter del C.C.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con medesima residenza anagrafica

**DATI DELL’AZIENDA AGRICOLA**

Denominazione Azienda…………………………-……….………………………………………………………………………………….………….

Via/Piazza ………………………….………………….……………………n°………………..……………………………...

Cap…………………..Comune………………………………………………………………Provincia…………………………………………..

Codice Fiscale ………………………………………. P.IVA …………………………………..

Codice SDI ……………………………..……… Codice ATECO……………………………………………………………………

Telefono ……………………………………………………... Fax …………………………………………Email …………………………………………………………………………………

**Dichiara di avere una** **UTE in Veneto** sita all’indirizzo sopra riportato o, se diverso, presso:

Via/Piazza ………………………………………………………………………….…………………………..n° ………………….cap …………………………………………………………..

Comune ……………………………………………………………………………………………………………Provincia……………………………………….…………………………………..

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che qualora cambiasse la propria qualifica, non avesse più UTE in Veneto o variasse le informazioni sopra riportate, ne darà tempestivamente comunicazione via email a ***sara.morbin@coldiretti.it***

Il sottoscritto dichiara altresì sotto la propria responsabilità di **non aver partecipato ad edizioni precedenti del medesimo corso di formazione** attivate durante il periodo di programmazione del PSR 2014 – 2020.

Data Firma del partecipante Firma e timbro dell’azienda

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai fini del DPR 445/2000 si allega documento di riconoscimento

**Formula di acquisizione del consenso al trattamento dei dati - Autorizzazione ai sensi del Regolamento Europeo UE 679/2016**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partecipante al corso acquisita l’informativa ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento Europeo UE 679/2016, acconsente al trattamento dei propri dati personali per le finalità specificatamente indicate, inclusa la comunicazione a terzi.

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         Firma leggibile del partecipante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titolare dell’Azienda con P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ acquisita l’informativa ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento Europeo UE 679/2016, acconsente al trattamento dei propri dati personali per le finalità specificatamente indicate, inclusa la comunicazione a terzi.

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         Firma leggibile del Titolare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 1 – PER CORSI PATENTINI FITOSANITARI**

**I** soggetti in possesso di diploma di istruzione superiore di durata quinquennale o di laurea, anche triennale, nelle discipline agrarie e forestali, biologiche, naturali, ambientali, chimiche, farmaceutiche, mediche e veterinarie sono esentati dall’obbligo di frequenza per il solo corso di formazione RILASCIO E POSSONO QUINDI ACCEDERE DIRETTAMENTE ALL’ESAME

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA** (tale documentazione verrà utilizzata ai fini dell’attività di iscrizione all’esame o di richiesta di rinnovo):

* FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO
* FOTOCOPIA CODICE FISCALE
* N° 2 MARCHE DA BOLLO DA 16 € *(SE RINNOVO; IN CASO DI RILASCIO 1 MARCA DA BOLLO IN QUANTO LA SECONDA VA PORTATA IL GIORNO DELL’ESAME)*
* N° 1 FOTO FORMATO TESSERA RECENTE E A COLORI, CONTRASSEGNATE DA COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE. NON SONO AMMESSE FOTO STAMPATE SU FOGLIO DI CARTA PER STAMPANTE.
* FOTOCOPIA PATENTINO (SE E’ UN RINNOVO)
* COPIA PERMESSO DI SOGGIORNO PER I CITTADINI EXTRA UE

**(Indicare nella scheda d’iscrizione – dati partecipante il numero di telefono per le comunicazioni della data dell’esame)**

**- In caso di scheda incompleta, l’iscrizione rimarrà sospesa-**

Data Firma del partecipante Firma e timbro dell’azienda

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_