



DOMANDA DI ISCRIZIONE

(da inviare via fax 075 973382 o mail formazione@cesarweb.com)

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice fiscale _____

P. IVA _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Titolo studio _____

Chiede di iscriversi al **CORSO DI FORMAZIONE AI FINI DEL RILASCIO DELL'ABILITAZIONE ALL'ACQUISTO E UTILIZZO DEI PRODOTTI FITOSANITARI**

ai sensi del D. Lgs. 22/01/2014 e D.M n° 150/2012

Quota € 120,00 + IVA (146,40) da versare tramite bonifico bancario: c/c 459570044963 Veneto Banca intestato a Ce.S.A.R - cod. IBAN: IT 26 I 05035 38280 459570044963 (allegare copia del bonifico)

INTESTAZIONE FATTURA (se diversa dai dati personali)

Azienda _____

Indirizzo _____

CF/ P. IVA _____

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione del Regolamento e di accettare le condizioni in esso descritte.

Esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali da parte del Ce.S.A.R. in relazione alla finalità di gestione e comunicazione del servizio corsi, ai sensi dell'art.13 del D. Lgs n° 196/2003 e dell'art.7 recante i diritti dell'interessato.

Luogo e data

Firma
