



APAS
Apicoltori Campani Associati

DOMANDA DI ISCRIZIONE Vers.1.1/ 2019
PROGRAMMA FORMATIVO 2019/2020
Spett.le APAS - Apicoltori Campani Associati -

Il sottoscritto,

Cognome _____ nome _____

nato a _____ (__) il ____/____/____

residente nel comune di _____ (__) Cap _____

in via _____ n. _____

Tel. Abit. _____ cell. _____ fax _____

e-mail (in stampatello) _____@_____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

CHIEDE

di poter partecipare al:

- corso di **primo livello** (tessera associativa + 160 € Non socio; 80 € socio)
- corso di **secondo livello** (tessera associativa + 160€ Non socio; 80 € socio)

Ai fini della partecipazione dichiara:

-
- di essere già socio APAS (iscritto nel mese di _____ dell'anno _____)
 - di NON essere socio APAS

-
- di NON possedere alcun alveare;
 - di possedere n_____ alveari e di praticare l'apicoltura, ai sensi della Legge n.313/2004, in qualità di hobbista; imprenditore apistico; apicoltore professionista.

Solo per i POSSESSORI DI ALVEARI a qualunque titolo (hobbista, imprenditore apistico o apicoltore professionista)

➤ **Codice aziendale:** IT | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

- DI essersi registrato in BDA-R in data _____ e di aver dichiarato n_____ alveari e pertanto si impegna a spedire copia della Scheda Operatore di ciascun apiario (estraibile dal sistema GISA) all'indirizzo apas.campania@libero.it
- Di non essersi ancora iscritto in BDA-R e di voler delegare APAS compilando lo specifico modulo di delega.

- Di essere consapevole dei rischi che possono incorrere dalle visite in apiario e di essersi accertato in merito all'esistenza di eventuali **forme allergiche o patologie NON compatibili con le punture di insetti** che possono interessare la propria persona. Si fa presente che, durante le visite in apiario, seppur in possesso dei dispositivi di protezione (tuta e guanti), non possono essere escluse punture di insetti. Pertanto, con la firma del seguente documento, si sollevano da ogni responsabilità i responsabili del corso, i tecnici incaricati ed i proprietari dell'apiario.

-
- Di aver versato la quota di iscrizione di _____€ mediante bonifico bancario (Banca di credito cooperativo di Calvi **IT 43 N 08997 75280 0000000 52511** intestato all'Associazione Apicoltori Associati "AP.AS." - Via M. Vetrone Pal. Coldiretti – 82100 Benevento (BN) in data ___/___/___ (CRO _____)

I dati inseriti nel presente modulo potranno essere utilizzati dall'associazione per la presentazione di progetti e per il reperimento fondi. Pertanto, l'AP.AS. non potrà essere ritenuta responsabile in merito a dichiarazioni mendaci o del mancato aggiornamento dei dati da parte degli associati.

Con la presente si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30 giugno 2003 n. 196 ed ai sensi del Reg (UE) 679/2016.

Luogo Data

In Fede.....

- Si allega, alla presente, copia **documento di riconoscimento** in corso di validità e copia del **codice fiscale** in corso di validità.

Il presente modulo dovrà essere compilato in tutte le sue parti e firmato e la scansione dovrà essere inviata via e-mail ad uno dei seguenti indirizzi: apas.campania@libero.it

Via Mario VETRONE, snc (Palazzo Coldiretti) 82100 – BENEVENTO
cell 3683390275 - 3282320045
<http://www.apascampania.com>
apas.campania@libero.it
Codice fiscale: 92030170622