

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 alla serie di 3 video seminari sulla conoscenza dei principali mieli italiani tramite una degustazione guidata dalla dott.ssa Lucia Piana (vedi il calendario presente sul sito).

Il costo totale è di **85.00 €** ed è comprensivo di:

- kit degustazione con n. 18 campioni da 40 grammi di mieli uniflorali spediti direttamente a casa degli interessati (\* **all'indirizzo sopra indicato**);
- materiale didattico allegato al kit;
- attestato di partecipazione spedito via mail agli interessati.

Ai fini della partecipazione dichiara:

- 
- di essere già socio APAS (iscritto nel mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_)
  - di NON essere socio APAS (in tal caso la partecipazione è subordinata all'iscrizione ad APAS: 40€ di tessera associativa).

Il sottoscritto, controfirmando il presente modulo chiede di essere iscritto all'AP.AS. e, pertanto, dichiara:

1. di essere consapevole che il mancato versamento della quota associativa annuale comporta la cancellazione dall'elenco soci per gli anni a venire;
2. di NON essere iscritto ad altra associazione di apicoltori che esercita attività compatibili con quelle dell'AP.AS.;
3. Di aver versato la quota di iscrizione di \_\_\_\_\_€ mediante bonifico bancario (Banca di credito cooperativo di Calvi IT 43 N 08997 75280 000000 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 al seguente indirizzo: [apas.campania@libero.it](mailto:apas.campania@libero.it)