



APAS
Apicoltori Campani Associati

DOMANDA DI ISCRIZIONE Vers.4.1/2023
PROGRAMMA FORMATIVO
Spett.le APAS -Apicoltori Campani Associati -

Annata Apistica di riferimento: 2026/2027

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 base di apicoltura.

Ai fini della partecipazione, il sottoscritto, controfirmando il presente modulo di iscrizione, dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia (Dichiarazione Sost. di Certificazione- art. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445) di:

SEZIONE 1

- ☐ di essere già socio APAS (iscritto nel mese di _____ dell'anno _____)
in tal caso saltare alla sezione 4
- ☐ di NON essere socio APAS

SEZIONE 2

- ☐ di NON possedere alcun alveare;
Nel caso si decida di installare alveari in un apiario, il corsista è tenuto a cominciare ad APAS, preventivamente e mediante modulo di delega, la consistenza degli stessi.
- ☐ di possedere n _____ alveari e di praticare l'apicoltura, ai sensi della Legge n.313/2004, in qualità di
 - ☐ autoconsumo; ☐ professionista in commercializzazione.

SEZIONE 3

Solo per i **POSSESSORI DI ALVEARI** a qualunque titolo (autoconsumo, professionista in commercializzazione)

- **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 (vedi sito- sezione moduli).

SEZIONE 4

- Di essere consapevole dei rischi che possono incorrere dalle visite in apiario, nei laboratori o in qualsiasi altro spazio utilizzato per lo svolgimento dei corsi 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 o in altri luoghi in cui si svolgeranno i corsi, 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.

SEZIONE 5

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

- ✓ **di essere consapevole che il mancato versamento della quota associativa annuale comporta la cancellazione dall'elenco soci per gli anni a venire;**
- ✓ **di NON essere iscritto ad altra associazione di apicoltori che esercita attività compatibili con quelle dell'AP.AS.**

SEZIONE 6

- ✓ Di aver versato la quota di iscrizione di:
- **40 €** (quota sociale 2027) + **210 €** come contributo volontario per la formazione.
- **40 €** (quota sociale 2027) + **140 €** come contributo volontario per la formazione (solo per i soci APAS iscritti prima del 30 luglio 2026);

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 ____/____/____

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