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

Annata Apistica di riferimento: 2025/2026

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 I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

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 <u>POSSESSORI DI ALVEARI</u> a qualunque titolo (autoconsumo, professionista in commercializzazione)

- ➢ **Codice aziendale**: IT I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
- ☐ 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 viste 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 2026) **+ 210 €** come contributo volontario per la formazione.
- ○ **40 €** (quota sociale2026) **+ 140 €** come contributo volontario per la formazione (solo per i soci APAS iscritti prima del 30 luglio 2025);

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**