

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Corso Imprenditore Agricolo Professionale (IAP)

Finanziato con fondi **PSR CALABRIA 2014/2020** Misura 1.1.1.1 *Sostegno alla formazione professionale e azioni finalizzate all'acquisizione delle competenze* progetto approvato con **DDG 6328 del 23/04/2018**

Il sottoscritto:

Cognome : _____ Nome : _____

Nato a : _____ Prov. (____) il : _____

Codice fiscale: _____ Residenza: _____ Prov (____)

Indirizzo: _____ N: _____

Tel: _____ e-mail: _____ Cittadinanza: _____

Titolo di Studio _____

Chiede di essere ammesso a frequentare il
Corso Imprenditore Agricolo Professionale sopra citato

Requisiti in possesso alla data di presentazione

- 1) *Titolari /responsabili di aziende agricole già insediati che non posseggono titoli per il requisito professionale ai fini del riconoscimento del titolo IAP*
- 2) *Giovani agricoltori in età compresa fra 18 e 40 anni in procinto di insediarsi per la prima volta in azienda*
- 3) *Altro (specificare) _____*

Si allega alla seguente comunicazione

A) *Documento di riconoscimento in corso di validità*

Luogo e data _____

Firma

Acconsento che i dati rilasciati siano utilizzati nel rispetto delle norme sulla privacy, DL 196/2003
Informativa sulla legge di autocertificazione (legge n. 15/68, n. 127/97. N. 131/98; DPR 445/2000)

Firma
