



## SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO/INFORMATIVA: RINNOVO PATENTINO

### DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome ..... Nome .....

Nata/o a ..... Provincia ..... il .....

Cittadinanza ..... Sesso  Maschile  Femminile

Residente in Via/Piazza ..... n° .....

Cap ..... Comune ..... Provincia .....

Codice Fiscale \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Telefono (anche per comunicazioni date eventuali esami) ..... E mail .....

Domicilio (se diverso dalla residenza di cui sopra): .....

Titolo di studio:

<input type="checkbox"/> Nessun titolo	<input type="checkbox"/> Licenza elementare
<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Qualifica professionale triennale
<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente iscrizione all'università	<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che consente iscrizione all'università
<input type="checkbox"/> Laurea di durata superiore ai 3 anni (laurea vecchio ordinamento o laurea specialistica nuovo ordinamento)	<input type="checkbox"/> Laurea triennale (nuovo ordinamento)
<input type="checkbox"/> Master post laurea triennale (o master di I livello)	<input type="checkbox"/> Specializzazione post laurea specialistica
<input type="checkbox"/> Master post laurea specialistica o post laurea (o master di II livello)	<input type="checkbox"/> Dottorato di ricerca
<input type="checkbox"/> Altro (Corsi non finanziati).....	

Qualifica:  IMPRENDITORE AGRICOLO (ai sensi dell'art. 2135 del C.C.) COADIUVANTE FAMILIARE (Iscritto all'Inps - CD4) DIPENDENTE AGRICOLO DI AZIENDA AGRICOLA PARTECIPE FAMILIARE (non iscritto all'Inps ai sensi dell'art. 230 bis del C.C.) - v. allegata dichiarazione sostitutiva azienda. ALTRO (SPECIFICARE .....

#### - Il partecipante presenta bisogni educativi speciali (BES)?

 SI (si prega di mettersi in contatto con il referente provinciale del corso o tutor corso) NO

### DATI DELL'AZIENDA AGRICOLA

Denominazione Azienda .....

Via/Piazza ..... n° ..... cap .....

Comune ..... Provincia .....

Codice Fiscale \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ P.IVA \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Codice SDI ..... Codice ATECO .....

Telefono ..... Fax ..... Email .....

**Dichiara di avere una UTE<sup>1</sup> in Veneto** sita all'indirizzo sopra riportato o, se diverso, presso:

Via/Piazza ..... n° ..... cap .....

Comune ..... Provincia .....

<sup>1</sup> L'insieme dei mezzi di produzione, degli stabilimenti e delle unità zootecniche e acquicole condotte a qualsiasi titolo dal medesimo soggetto per una specifica attività economica, ubicato in una porzione di territorio - identificata nell'ambito dell'anagrafe tramite il codice ISTAT del comune ove ricade in misura prevalente - ed avente una propria autonomia produttiva.

Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che qualora cambiasse la propria qualifica, non avesse più UTE in Veneto o variasse le informazioni sopra riportate, ne darà tempestivamente comunicazione via email a [l.licata@agricoltori.com](mailto:l.licata@agricoltori.com)

Il sottoscritto dichiara altresì sotto la propria responsabilità di non aver partecipato ad edizioni precedenti del medesimo corso di formazione attivate durante il periodo di programmazione del PSR 2014 - 2020.

Data

Firma del partecipante

Firma e timbro dell'azienda

---

 Ai fini del DPR 445/2000 si allega documento di riconoscimento

### Formula di acquisizione del consenso al trattamento dei dati - Autorizzazione ai sensi del Regolamento Europeo UE 679/2016

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ partecipante al corso con CF \_\_\_\_\_ acquisita l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo UE 679/2016, acconsente al trattamento dei propri dati personali per le finalità specificatamente indicate, inclusa la comunicazione a terzi. e

Da il consenso  Nega il consenso

alla ripresa video e/o audio e/o fotografica a titolo gratuito di momenti significativi delle attività svolte dall'ente e al trattamento del relativo materiale audiovisivo, ivi compresa la sua cancellazione, da parte degli incaricati al trattamento dei dati della struttura. In ogni momento l'interessato potrà chiedere la rimozione di tale materiale, secondo quanto previsto nell'informativa privacy (diritto all'oblio), contattando il titolare o il responsabile del trattamento.

Da il consenso  Nega il consenso

all'utilizzo e alla diffusione del materiale audiovisivo di cui sopra e/o dei suoi estratti attraverso la pubblicazione su social network. Ne vieta altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale e il decoro.

Il/la sottoscritto/a conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile del partecipante \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ **Titolare dell'Azienda** con P.IVA \_\_\_\_\_ acquisita l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo UE 679/2016, acconsente al trattamento dei propri dati personali per le finalità specificatamente indicate, inclusa la comunicazione a terzi.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile del Titolare \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 1 - PER CORSI PATENTINI FITOSANITARI

I soggetti in possesso di diploma di istruzione superiore di durata quinquennale o di laurea, anche triennale, nelle discipline agrarie e forestali, biologiche, naturali, ambientali, chimiche, farmaceutiche, mediche e veterinarie sono esentati dall'obbligo di frequenza per il solo corso di formazione RILASCIO E POSSONO QUINDI ACCEDERE DIRETTAMENTE ALL'ESAME

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA** (tale documentazione verrà utilizzata ai fini dell'attività di iscrizione all'esame o di richiesta di rinnovo):

- FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO
- FOTOCOPIA CODICE FISCALE
- N° 2 MARCHE DA BOLLO DA 16 €
- N° 1 FOTO FORMATO TESSERA UGUALI, RECENTI E A COLORI, CONTRASSEGNALE DA COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE. NON SONO AMMESSE FOTO STAMPATE SU FOGLIO DI CARTA PER STAMPANTE.
- FOTOCOPIA PATENTINO (SE E' UN RINNOVO)
- COPIA PERMESSO DI SOGGIORNO PER I CITTADINI EXTRA UE

**(Indicare nella scheda d'iscrizione - dati partecipante il numero di telefono per le comunicazioni della data dell'esame)**

**- In caso di scheda incompleta, l'iscrizione rimarrà sospesa-**

Data

Firma del partecipante

Firma e timbro dell'azienda