

Inviare al n° di fax 0432-904278 o tramite e-mail: info@cefap.fvg.it



Progetto riconosciuto e finanziato da



SCHEDA ISCRIZIONE COLTURE ERBACEE

DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome e Nome		Data di nascita	
Comune di nascita	Prov.	Stato (Nazione)	
Codice Fiscale		Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Residenza del partecipante			
Via/Piazza/Località			
CAP		Comune	Provincia
Stato (Nazione)	Telefono	E-mail	

Dati dell'Azienda Agricola (è possibile anche utilizzare timbro azienda)

Denominazione azienda		
Codice Fiscale aziendale		Partita IVA
Via/Piazza/Località		
CAP	Comune	Provincia
Stato (Nazione)	Telefono	E-mail

POSIZIONE LAVORATIVA DEL PARTECIPANTE ALL'INTERNO DELL'AZIENDA

AUTONOMO COME:

- TITOLARE
- LEGALE RAPPRESENTANTE
- SOCIO D'IMPRESA
- COADIUVANTE FAMILIARE
- COLLABORATORE FAMILIARE CON PATENTINO FITOSANITARIO

ALLE DIPENDENZE COME:

- DIRETTIVO-QUADRO
- AMMINISTRATORE DELEGATO
- OPERAIO SPECIALIZZATO
- IMPIEGATO
- PROPRIETARIO DI TERRENI AGRICOLI IN FVG*
(se non si ha azienda agricola)

Hai fatto domanda PSR?

- NO
- SI. In quale Misura _____

Sei consulente PAN?

- SI - richiedo crediti

Data