

CORSO PER IMPRENDITORI AGRICOLI PROFESSIONALI I.A.P.
PREMIO DI INSEDIAMENTO AI SENSI DEL P.S.R. SARDEGNA

Spett.le

IAL Sardegna srl Impresa Sociale
Sede corsuale di Olbia

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO A _____ IL _____

CF _____

RESIDENTE/DOMICILIATO IN _____ PROV. _____

VIA _____

TEL. _____ CELL. _____ MAIL _____

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del citato D.P.R. e ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R., sotto la propria responsabilità

ai fini dell'ammissibilità alle attività formative, DICHIARA di essere:

- Giovane imprenditore agricolo già insediato, che ha già beneficiato del Premio di Primo Insediamento ai sensi dei precedenti bandi della Misura 112 del P.S.R. 2014-2020, ma ancora privo del requisito della professionalità
- Giovane che intende partecipare al prossimo bando di Primo Insediamento in Agricoltura
- Soggetto (anche sopra i 40 anni d'età) che intende attivare l'iscrizione all'Albo I.A.P.
- soggetto (anche sopra i 40 anni d'età) che intende mettersi in regola con le norme sulle competenze obbligatorie

Le iscrizioni si intenderanno perfezionate a seguito del pagamento dell'acconto pari a € 450,00, a mezzo di bonifico sul C/C intestato allo IAL Sardegna Srl, IBAN **IT87X0100504800000000101209** presso Unipol Cagliari nella cui causale dovrà essere indicato Nome e Cognome del corsista - CORSO IAP - SEDE FORMATIVA di **Olbia** e all'avvenuta consegna dell'attestazione di idoneità psicofisica. In caso di mancata attivazione del corso la somma versata a titolo di preiscrizione verrà interamente rimborsata.

ALLEGA

⇒ FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ E DEL CODICE FISCALE O TESSERA SANITARIA

Luogo e data _____ FIRMA DEL CANDIDATO _____

Il sottoscritto da il consenso

In relazione al GDPR 2016/679 - Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte di IAL INNOVAZIONE APPRENDIMENTO LAVORO SARDEGNA srl Impresa sociale per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, nonché il consenso alla comunicazione e all'invio dei dati stessi ai terzi appartenenti alla categoria dei soggetti di cui all'elenco, di cui dichiaro di aver preso visione e che per tempo aggiornato, tenere a mia disposizione presso le vostre sedi. Presto inoltre il consenso a che il trattamento possa avvenire anche secondo modalità di elaborazione informatiche.

Luogo e data _____ FIRMA DEL CANDIDATO _____