

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE CORSI PSR REGIONE BASILICATA MIS. 1.1**

**(ai sensi del D.P.R 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
e-mail (riportare in stampatello minuscolo) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla prova di selezione per il corso dal titolo:

- \_\_\_\_\_
- Essere imprenditori agricoli ai sensi dell'art. 2135 del cc, di età inferiore ai 40 anni (fino a 39 anni e 364 gg);
  - Essere imprenditori agricoli ai sensi dell'art. 2135 del cc, anche di età superiore ai 40 anni, e/o coadiuvanti familiari e/o lavoratori dipendenti;
- (INDICARE UNA DELLE DUE OPZIONI)**

- avere sede legale e/o sede operativa in Regione Basilicata (indicare denominazione e indirizzo):

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Allegare:

fotocopia di un documento di riconoscimento;

Curriculum vitae.

Da restituire entro il **08/09/2022** all'indirizzo mail : [psr@eldaifp.it](mailto:psr@eldaifp.it)