

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE CORSI PSR 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 _____
Recapito telefonico _____
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)
 - Di essere beneficiario della Misura 6.1

- 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 **15/10/2022** all'indirizzo mail : psr@eldaifp.it

