



**SCUOLA NAZIONALE DI AGRICOLTURA BIOLOGICA
CENTRO "F. MANCINI"**

**Via Agostino Campi, 7
06037 SANT'ERACLIO DI FOLIGNO (PG)
FAX 0742-670010 - TEL. 0742-67245/670010**

**SCHEDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO PER DOCENTI DELLE SCUOLE
DELL'OBBLIGO SUL SISTEMA DELL'AGRICOLTURA BIOLOGICA**

CORSO dal _____ al _____

NOME	COGNOME
.....	
ENTE DI APPARTENENZA	
.....	
Ufficio	
Via	Città..... CAP
QUALIFICA	
.....	
TITOLO DI STUDIO	
.....	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
.....	
RESIDENZA	
Via	Città..... CAP.....
N° DI TELEFONO*	
N° FAX.....	

* Indicare più numeri di telefono (anche cellulare) dove sia possibile reperire il corsista con facilità.

Con la presente scheda il sottoscritto
intende aderire al corso per docenti delle scuole dell'obbligo sul sistema dell'agricoltura
biologica.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza sin da ora che vitto e alloggio, nonché la
partecipazione al corso, saranno gratuiti, mentre non è previsto il rimborso spese di
viaggio da parte del Centro Mancini.

Data, _____

FIRMA _____

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 e successive modificazione ed integrazioni, si
autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento.