

Spett.le AUSL DELLA VALLE D'AOSTA
Dipartimento di Prevenzione
S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Regione Amérique, 7/L - 11020 Quart (AO)

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ residente in _____ C.F. _____
telefono nr. _____ mail _____ chiede di poter
partecipare al VI° corso per il riconoscimento delle specie fungine che si terrà dal 21 al 24 maggio
2024.

All'uopo dichiara di:

- 1) Voler partecipare al corso propedeutico per l'identificazione delle specie fungine (115 euro)
- 2) Voler sostenere l'esame per il riconoscimento delle specie fungine (50)
- 3) Voler partecipare al corso e sostenere l'esame per il riconoscimento delle specie fungine (165 euro)

(barrare voci interessate)

Allega copia della ricevuta del bonifico bancario di euro _____ effettuato a favore
dell'AUSL Valle d'Aosta cod IBAN IT81 K 02 0080 1204 0001 0379 3253 con causale: VI° corso
funghi.

Distinti saluti

Luogo e data

Il richiedente