



AIPPO

Associazione Interregionale Produttori Olivicoli



20 SEDUTE DI ASSAGGIO OLIO DI OLIVA VERGINE ED EXTRA VERGINE

CORSO ASSAGGIATORE OLIO DI OLIVA **20 Sedute di assaggio ufficiali**

Domanda di partecipazione

Il/La Sottoscritto/a _____
COGNOME NOME

Nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente in via _____

comune _____ prov. _____ cap _____

tel. _____ fax _____ cell. _____

mail _____ @ _____

chiede

di partecipare alle sedute di assaggio effettuate, secondo la metodologia prevista dal Decreto Ministeriale del 18.06.2014 e s.m.i..

Desidero partecipare a tutte le 20 sedute di assaggio (apporre una X sulla casella):

Desidero partecipare alle sedute di assaggio nei giorni sotto indicati (apporre una X sulla casella scelta):

MESE	GIORNI							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Novembre 2015	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	30
Dicembre 2015	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	21				
Gennaio 2016	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	25		
Febbraio 2016	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	29
Marzo 2016	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	21		
Aprile 2016	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	18				
Maggio 2016	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9				

Il Sottoscritto, si impegna al pagamento del contributo delle spese di organizzazione del corso nella misura di € 25,00 (IVA esclusa) a seduta da versare nei modi e tempi comunicati dalla segreteria del Corso.

Data, _____

Timbro e firma

ATTENZIONE:

La presente domanda dovrà pervenire **entro il 30 settembre p.v.** presso la sede dello scrivente in Viale del Lavoro, 52 37135 Verona (Fax 045 8034468).