

**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO IN AGENZIA FORMATIVA PER L'ORDINE DEI DOTTORI
AGRONOMI E DEI DOTTORI FORESTALI****CONSIGLIO NAZIONALE DEI DOTTORI AGRONOMI E
DEI DOTTORI FORESTALI**

VIA PO 22
00198 ROMA

**Il
sottoscritto**

Carlo Angioy

Codice
Fiscale

NGYCRL62C18B354F

Nato/a
a

CAGLIARI

Prov.

CA

Il

18/03/1962

Nazione

Italia

Residente

VIA SANNIO, 3

Cap

09032

Comune

ASSEMINI (CA)

In qualità di Legale Rappresentante di

Ragione
Sociale

A.R.A.FORM. SRL

Codice
Fiscale

02785190923

P.Iva

02785190923

Sede
Legale

VIA BANDELLO 12

Cap

09131

Comune

CAGLIARI (CA)

Telefono

070292545

Fax

0702089600

PEC

AGENZIAARAFORM@PEC.IT

Email

AGENZIAARAFORM@GMAIL.COM

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 6 del Regolamento CONAF n. 3/2013 - Formazione continua professionale per i dottori
agronomi e dottori forestali l'accreditamento in

Agenzia Formativa per l'Ordine dei dottori agronomi e dei dottori forestali

Sezione I

1) AT

Accreditamento Totale

Sezione II

a) SDP Settori Disciplinari Professionali

- Tutti

b) AP Aree Professionali

- Tutte

c) PP Prestazioni Professionali

- Tutte

Sezione III

d) TAF Tipologia di Attività Formativa

- Tutte

Sezione IV

e) FS Forma di svolgimento dell'attività formativa

IN SITU

Sezione V

f) AT Lo svolgimento dell'attività formativa può riguardare i seguenti ambiti territoriali

N - Nazionale

Allega

AI FINI DELLA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO

Le dichiarazioni rese ai fini della presente domanda sono dichiarazioni sostitutive di atto notorio o di certificato, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e succ. mod. Consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75 comma 1 del medesimo DPR, nonché delle sanzioni previste dall'art. 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, mi impegno a fornire tutte le informazioni necessarie all'Amministrazione Procedente per garantire il corretto svolgimento dei controlli di veridicità di quanto da me dichiarato. Ai sensi dell'art. 38, DPR.445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta. Dichiaro inoltre di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 del Dlgs 30 giugno 2003 n. 196, unita al presente modulo.

a) Accreditoamento Totale

Tab.1 - AT - Compilare le relative dichiarazioni:

a) Copia versamento della tariffa prevista dall'art.10 dei Criteri di Accreditoamento su c/c intestato
Causale Richiesta accreditoamento Agenzie Formative Conaf:
€ 1.500,00 (per l'accreditoamento totale)

Luogo e Data

Il rappresentante legale
(firma e timbro)

(Carlo Angioy)