

ALLA XV COMUNITÀ MONTANA
"VALLE DEL LIRI"
03032 ARCE -VIA BORGO MURATA 34/b

Oggetto: Richiesta partecipazione al Corso di Formazione Micologica -L. R. n.32/1998.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ Via _____

tel. _____ email _____

CHIEDE

Di potere partecipare al Corso di Formazione Micologica, della durata di n. **14** ore, al fine di ottenere il relativo **ATTESTATO** di **FREQUENZA** necessario al rilascio del **TESSERINO** di **ABILITAZIONE** alla raccolta dei funghi epigei spontanei.

Allega copia del versamento della quota di partecipazione al corso di €. **50,00** effettuato tramite:

- **C/C Postale 13457031**
- **IBAN: IT87N083277460000000005061**

specificando nella causale: PARTECIPAZIONE CORSO MICOLOGICO

Con osservanza.

ARCE li _____

FIRMA
