

Spett.le
Albo Nazionale degli Esperti in Melissopalinoologia
Ufficio Centrale
CRA-API
via di Saliceto 80
40128 Bologna

Domanda di iscrizione

Il sottoscritto:

Cognome:..... Nome:.....

Nato a:..... Il:.....

Residente in:..... Prov.:.....

via:..... N:..... CAP:.....

Codice fiscale:.....

Telefono:..... Fax:.....

Titolo di studio:.....

richiede l'iscrizione all'Albo Nazionale degli Esperti in Melissopalinoologia.

A tal fine dichiara:

di avere le seguenti conseguito il diploma di laurea in:.....

presso:..... in data.....

di avere le seguenti esperienze professionali nel campo dell'analisi melissopalinoologica (allegare attestazioni da parte degli enti presso i quali o per conto dei quali è stata svolta l'attività indicata:.....

Ente	Periodo	Tipo di attività	Allegato

Dichiara inoltre di aver preso visione del Disciplinare e delle Norme Tecniche e di conoscere gli obblighi che derivano dall'iscrizione all'Albo.

In fede.

Data:..... Firma:.....

Dichiarazione dell'Ufficio Centrale

Si attesta che
ha superato le prove di ammissione all'Albo Nazionale degli Esperti in Melissopalinologia.

Data:..... Per l'Ufficio Centrale:.....

Delibera di ammissione

Data:..... Per il Comitato di Gestione:.....