

MOD. 1

lì _____

ALL' ISPETTORATO MICOLOGICO

c/o Ospedale S. Donato

via P. Nenni n.20

52100 Arezzo

Oggetto: attestato di idoneità al riconoscimento delle specie fungine (art. 20 L.R. 16/99)

Il Sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente a _____

in Via _____ Comune di _____

telefono _____.

CHIEDE

() di partecipare al corso e successivo esame per il conseguimento dell'idoneità al riconoscimento delle specie fungine epigee spontanee ammesse al commercio;

() di partecipare soltanto all'esame per il conseguimento dell'idoneità al riconoscimento delle specie fungine epigee spontanee ammesse al commercio , specificate nel MOD. 2 allegato alla presente richiesta.

In fede
