



## ASSOCIAZIONE PRODUTTORI APISTICI DELLE VALLATE OSSOLANE

Centro Culturale Fraz. Chiesa 18 - 28864 - Montecrestese [info@apavo.it](mailto:info@apavo.it)

# APIARIO SOCIALE A.P.A.V.O. MODULO DI ISCRIZIONE

## DATI DEL PARTECIPANTE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Residenza: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

---

## RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a **chiede di partecipare al progetto "Apiario Sociale A.P.A.V.O."**, che si svolgerà presso l'Apiario Sociale in Località Scezza – Crevoladossola (VB), nel periodo **aprile – ottobre 2026**, secondo quanto previsto dal regolamento ufficiale del progetto, che dichiara di aver letto, compreso e accettato integralmente.

Intende partecipare con:  n.1 alveari  n.2 alveari

Si impegna a versare la quota di partecipazione pari a **€ 150,00** (la quota comprende la tessera associativa 2026) **entro la data del 09 Marzo 2026** (termine ultimo d iscrizione)

Si impegna a versare la quota di **€ 300,00 ad alveare** al termine del percorso formativo (**entro fine Ottobre 2026**) che determinerà il passaggio di proprietà della famiglia di api con tutti gli accessori come da Art.2 Comma 5 del Regolamento.

Pagamento con Bonifico Bancario:

**IBAN:** IT 56 J 06230 45362 0000 352511 19  
**Intestatario:** Associazione Produttori Apistici delle Vallate Ossolane  
**Causale:** **Cognome + Nome - Apiario Sociale 2026**

Inviare la prova del pagamento della quota di partecipazione unitamente al presente modulo direttamente a [info@apavo.it](mailto:info@apavo.it) entro il 09 Marzo 2026

## DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere **in condizioni psico-fisiche idonee** a svolgere attività in ambiente rurale e apistico;
- di essere consapevole che l'attività comporta **rischi intrinseci**, tra cui la possibilità di **punture d'ape**;
- di **non essere allergico/a** alle punture d'insetto
- di essere allergico/a alle punture d'insetto (specificare): \_\_\_\_\_

In caso di allergia dichiarata, il/la sottoscritto/a si impegna a **informare preventivamente i responsabili del progetto** e ad adottare tutte le misure sanitarie necessarie (farmaci salvavita, dispositivi personali, ecc.).

## ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ E MANLEVA

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- di partecipare alle attività dell'Apiario Sociale **in modo volontario e consapevole**;
- di attenersi scrupolosamente alle indicazioni fornite dagli apicoltori esperti e dai responsabili A.P.A.V.O.;
- di utilizzare i **dispositivi di protezione individuale** richiesti (tuta, guanti, maschera);
- di essere consapevole che **comportamenti non conformi** alle indicazioni ricevute possono aumentare i rischi personali.

Con la presente, il/la sottoscritto/a **manleva e solleva l'Associazione Produttori Apistici delle Vallate Ossolane (A.P.A.V.O.)**, il Consiglio Direttivo, i responsabili dell'Apiario Sociale e i collaboratori **da ogni responsabilità civile e penale** per danni a persone o cose derivanti da:

- comportamenti imprudenti o non autorizzati;
- inosservanza delle regole di sicurezza;
- azioni svolte in autonomia e senza autorizzazione.

Resta inteso che la responsabilità di A.P.A.V.O. è limitata alle attività **coordinate e supervisionate**, come previsto dal regolamento del progetto.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

---

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (GDPR – Reg. UE 679/2016)

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e **autorizza A.P.A.V.O.** al trattamento dei propri dati personali per finalità organizzative, amministrative e assicurative legate al progetto "Apiario Sociale".

- Acconsento al trattamento dei dati personali
- Acconsento all'utilizzo di immagini/foto scattate durante le attività a fini informativi e divulgativi dell'associazione (facoltativo)

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

---