



**Dipartimento di Prevenzione**

**SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE**

Via F. Ricco, 50 – Nocera Inferiore (SA) - Tel. 081.9212093 – Fax 081.9212968

E-mail: dp.sian.nord@aslsalerno.it - PEC: dp.sian.nord@pec.aslsalerno.it

Via Settimio Mobilio, 52 – Salerno – Tel/Fax. 089692905

PEC: dp.sian.centro@pec.aslsalerno.it

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Recapito telef.pers./lav. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Scadenza Attestato \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campania n.46 del 23 Febbraio 2005, in sostituzione del Libretto di Idoneità Sanitaria (Art.14 L.283/62), di essere iscritto al primo corso di **Formazione** utile organizzato dall'ASL Salerno (Dipartimento di Prevenzione – Servizio Igiene Alimenti/Nutrizione Ambiti NORD-CENTRO):

ADDETTI AL LIVELLO DI RISCHIO 1  (baristi, fornai, pizzaioli, personale addetto alla somministrazione e/o porzionamento pasti, ecc....)

ADDETTI AL LIVELLO DI RISCHIO 2  (cuochi, pasticceri, produzione pasta fresca, lavorazione latte e formaggi, macelleria vendita pesce e molluschi, salumieri)

RESPONSABILI/TITOLARI  (responsabili industrie alimentari e titolari di attività)

costo euro **33,33** - durata 4 ore -

costo euro **66,66** - durata 8 ore -

costo euro **99,99** - durata 12 ore -

Si allega:

1) copia d'identità o passaporto in corso di validità;

2) ricevuta di versamento a favore dell' ASL Salerno – Dipartimento di Prevenzione, CCP n. 34343723 con causale di versamento "Corso di Formazione Alimentaristi" ;

Autorizza, inoltre, l'ASL al trattamento dei dati personali in base a quanto previsto dal D.Lgs.196/2003.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

Firma di un genitore per i minorenni

\_\_\_\_\_

**Spazio Riservato All'ufficio**

Si prende atto della richiesta e si prenota il/la Sig. \_\_\_\_\_ per il prossimo corso di **Formazione** alimentaristi che sarà tenuto presso .....

Timbro e firma ASL

\_\_\_\_\_

**Portare 1 copia per ASL. In caso di assenza ingiustificata al corso, la S.V. sarà ritenuta rinunciataria senza condizione e non verrà più contattata.**