



REGIONE ABRUZZO
A.S.L. LANCIANO-VASTO-CHIETI
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

SIAN

Modulo di richiesta frequenza, ai sensi dell'art.210 L.R. n.6/2005 e art.1 comma a) D.G.R. 61/06, ai corsi per alimentaristi da compilarsi a cura del richiedente.

AL Responsabile del S.I.A.N. - SEDE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

CODICE FISCALE																	
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

recapito telefonico _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al corso di formazione della **durata di 4 ore** per:

☐ **RILASCIO** dell'attestato di Formazione per alimentaristi

- si allegano:
- n.2 foto formato tessera con firma leggibile sul retro di ognuna;
 - fotocopia di un valido documento di riconoscimento e codice fiscale;
 - ricevuta del versamento di € 40,00 eseguito sul CCP 2511286 intestato alla ASL 2 Lanciano Vasto Chieti - SIAN;
 - fotocopia fronte/retro della presente domanda compilata in tutte le sue parti.

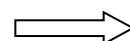
☐ **RINNOVO** dell'attestato di Formazione per alimentaristi n.

- si allegano:
- ricevuta del versamento di € 30,00 eseguito sul CCP 2511286 intestato alla ASL 2 Lanciano Vasto Chieti – SIAN;
 - fotocopia fronte/retro della presente domanda compilata in tutte le sue parti.

L'ATTESTATO IN POSSESSO VA CONSEGNATO AL TUTOR NEL GIORNO DEL CORSO

e PRENDE ATTO che
la mancata partecipazione al corso/esame implica l'archiviazione della domanda senza diritto al rimborso della spesa sostenuta.

Il/La richiedente



La presente domanda, comprensiva degli allegati di cui sopra, può essere trasmessa anche via mail ai seguenti indirizzi:

- Cheti: luca.pomidori@asl2abruzzo.it
- Lanciano: adriana.masciarelli@asl2abruzzo.it
- Ortona: fernando.tiberio@asl2abruzzo.it
- Vasto: rocco.delnero@asl2abruzzo.it

INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ART.13 D.LGS. 196/2003 e s.m.i.

Gentile Signore/a, ai sensi dell'art.13 D.Lgs.196/2003 e s.m.i. ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

- ✓ i dati da Lei dichiarati fanno utilizzati dagli Uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse;
- ✓ il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaborati elettronici a disposizione degli uffici;
- ✓ i dati non verranno comunicati a terzi;
- ✓ il conferimento dei dati è obbligatorio;
- ✓ la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: non rilascio dell'attestato di Formazione per Alimentaristi;
- ✓ il responsabile del procedimento è il Responsabile del SIAN, domiciliato per la carica in Via Marco Polo 54, 66054 Vasto (CH);
- ✓ lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., rivolgendosi all'indirizzo specificato.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

DICHIARA di aver ricevuto l'informativa che precede

ed **ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei dati personali.

Il/La sottoscritto

INFORMATIVA:

I possessori dei seguenti diplomi/lauree sono esenti dalla partecipazione al corso di Formazione per Alimentaristi e pertanto potranno fare richiesta al S.I.A.N. per il RILASCIO illimitato dell'attestato di formazione per alimentaristi:

- Diploma di: Scuola Alberghiera (attestato triennale o quinquennale); Perito Agrario.
- Laurea in: Medicina e Chirurgia; Scienze Biologiche; Farmacia; Medicina Veterinaria; Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro; Assistente Sanitario; Infermieristica; Scienze e Tecnologie Alimentari; Dietista; Agraria; Scienza e Tecnologia delle produzioni alimentari; o titoli equipollenti a quelli indicati;