



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

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera sempre in base al citato D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

CHIEDE

☐ il **RILASCIO** dell'attestato di Formazione per alimentaristi con **validità illimitata** per titolo di studio, ex L.R.6/2005 e dell'art.6 D.G.R.61/2006 ed a tal fine DICHIARA di essere in possesso del seguente requisito:

Diploma di:	☐	Scuola Alberghiera (attestato triennale o quinquennale)
	☐	Perito Agrario
Laurea in:	☐	Medicina e Chirurgia
	☐	Scienze Biologiche o titolo equipollente
	☐	Farmacia o titolo equipollente
	☐	Medicina Veterinaria o titolo equipollente
	☐	Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro o titolo equipollente
	☐	Assistente Sanitario o titolo equipollente
	☐	Infermieristica o titolo equipollente
	☐	Scienze e Tecnologie Alimentari o titolo equipollente
	☐	Dietistica o titolo equipollente
	☐	Agraria o titolo equipollente
	☐	Scienza e Tecnologia delle Produzioni Alimentari o titolo equipollente

☐ il **RILASCIO/RINNOVO** dell'attestato di Formazione per alimentaristi a **validità triennale** per i possessori dell'Attestato di Frequenza D.G.R. 28/02/2011, n 135.



REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI
Via dei Vestini s.n.c. - 66100 Chieti Cod. Fisc. P. IVA: 0230713069
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
sian@pec.asl2abruzzo.it

SIAN

Da allegare alla domanda:

- n.2 foto formato tessera con firma leggibile sul retro di ognuna
- fotocopia di un valido documento di riconoscimento e del codice fiscale
- fotocopia del titolo di studio dichiarato
- fotocopia fronte/retro della presente domanda compilata in tutte le sue parti
- ricevuta del versamento di 15€ intestato alla ASL 2 Lanciano Vasto Chieti - SIAN, eseguito sul **CCP 25112860** o tramite bonifico bancario **IBAN IT68L0760115500000002511286**

Data di accettazione _____
SIAN

Firma _____

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

- **Chieti** carmelina.dromi@asl2abruzzo.it / alessia.quirino@asl2abruzzo.it
- **Lanciano** adriana.masciarelli@asl2abruzzo.it
- **Ortona** fernando.tiberio@asl2abruzzo.it
- **Vasto** rocco.delnero@asl2abruzzo.it

INFORMATIVA BREVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679



Il titolare del trattamento dei vostri dati personali è l'ASL2 Abruzzo – Lanciano Vasto Chieti, C.F./P.IVA 02307130696, Via dei Vestini snc Palazzina N (ex Sebi) 66100 Chieti, tel. 08713571 E-mail: ufficio.privacy@asl2abruzzo.it PEC: info@pec.asl2abruzzo.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl2abruzzo.it.

Il titolare tratta i vostri dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile nella sede del titolare, e consultabile anche sul sito web istituzionale www.asl2abruzzo.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____

DICHIARA di aver ricevuto l'informativa che precede ed **ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei dati personali.

Firma _____