



U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

Sede: Largo L. Lama, 68 - 65124 Pescara Segreteria: tel. 085 425 3906 - 3949

Direttore: Dr.ssa Amalia Scuderi

Mail: sian@asl.pe.it; PEC: igienealimenti.aslpe@pec.it

www.asl.pe.it

MODULO RICHIESTA PER ATTESTATO DEFINITIVO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI IGIENE DEGLI ALIMENTI PER PERSONALE ALIMENTARISTA IN POSSESSO DI SPECIFICI TITOLI DI STUDIO (art. 210 L.R. n. 6/2005 e s.m.i.; D.G.R. n. 61 del 30/01/2006 - n. 949 del 21/08/2006 e n. 463 del 14/05/2007)

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il _____

per proprio conto

esercitando la potestà di genitore sul minore _____

Nato/a a _____ Prov. (_____) il _____

Residente a _____ Prov. (_____) CAP _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

E-Mail - PEC _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

il rilascio dell'attestato definitivo di formazione in materia di igiene degli alimenti

DICHIARA

il possesso del titolo di studio di:

- diploma di scuola alberghiera
- attestati di qualifica alberghiera rilasciati da istituti di scuola secondaria
- attestati di qualifica di formazione professionale per aiuto cuoco, cameriere di albergo e/o ristorante (L. 845/78)
- perito agrario, perito agrotecnico
- laurea in medicina e chirurgia
- laurea in scienze biologiche (o titolo equipollente)
- laurea in medicina veterinaria
- laurea in chimica biologica ed equipollenti, farmacia ed equipollenti
- laurea in tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (o titolo equipollente)
- laurea in assistente sanitario (o titolo equipollente)
- laurea in infermieristica (o titolo equipollente)
- laurea in scienze e tecnologia alimentare (o titolo equipollente)
- laurea in dietistica (o titolo equipollente)
- laurea in agraria (o titolo equipollente)
- laurea in scienza e tecnologia delle produzioni alimentari

A tal scopo allega

- n. 2 fototessera firmate sul retro (firma leggibile)
- fotocopia di valido/i documento/i d'identità (anche del genitore in caso di minore)
- attestazione del versamento di € 15,00 - eseguito dal richiedente o da chi esercita la potestà/legale rappresentanza - sul c.c.p. 72513757 intestato ad AUSL Pescara S.I.A.N.
- fotocopia titolo di studio e/o/attestato oppure autocertificazione

Pescara, lì _____

FIRMA

PRIVACY: Il sottoscritto _____

per proprio conto

esercitando la potestà di genitore sul minore _____

esercitando la legale rappresentanza sul sig./sig.ra _____

DICHIARA di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al REGOLAMENTO UE 2016/679, noto come GDPR, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda

Data _____ Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO DI STUDIO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. (_____) il _____

Residente a _____ Prov. (_____) CAP _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

E-Mail - PEC _____

per proprio conto

esercitando la potestà di genitore sul minore _____

Nato/a a _____ Prov. (_____) il _____

Residente a _____ Prov. (_____) CAP _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

E-Mail - PEC _____

Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

il possesso del titolo di studio di:

- diploma di scuola alberghiera
- attestati di qualifica alberghiera rilasciati da istituti di scuola secondaria
- attestati di qualifica di formazione professionale per aiuto cuoco, cameriere di albergo e/o ristorante (L. 845/78)
- perito agrario, perito agrotecnico
- laurea in medicina e chirurgia
- laurea in scienze biologiche (o titolo equipollente)
- laurea in medicina veterinaria
- laurea in chimica biologica ed equipollenti, farmacia ed equipollenti
- laurea in tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (o titolo equipollente)
- laurea in assistente sanitario (o titolo equipollente)
- laurea in infermieristica (o titolo equipollente)
- laurea in scienze e tecnologia alimentare (o titolo equipollente)
- laurea in dietistica (o titolo equipollente)
- laurea in agraria (o titolo equipollente)
- laurea in scienza e tecnologia delle produzioni alimentari (o titolo equipollente)

conseguito in data _____ presso _____

Comune _____ Prov. _____

Pescara, lì _____

FIRMA

La presente dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000

GIORNI DI CONSEGNA PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - PALAZZINA "G" (EX UROLOGIA)
1° PIANO - SOPRA UFFICIO VACCINAZIONI **MARTEDI', MERCOLEDI' E GIOVEDI' ORE 10.00-12.00**