



**MODULO RICHIESTA PER ATTESTATO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI IGIENE DEGLI ALIMENTI**  
(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 \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) 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**  
di partecipare al corso per:

**rilascio**

**aggiornamento**

*dell'attestato di formazione in materia di igiene degli alimenti*  
(ai sensi dell'art. 210 L.R. n. 6/2005 e s.m.i.; D.G.R. n. 61/06 e s.m.i.)

A tal scopo allega:

**RILASCIO**

- 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 € 40,00 - eseguito dal richiedente o da chi esercita la potestà/legale rappresentanza - sul c.c.p. 72513757 intestato ad ASL Pescara S.I.A.N.

**AGGIORNAMENTO**

- numero di rilascio dell'attestato di formazione ..... del.....
- attestazione del versamento di € 30,00 - eseguito dal richiedente o da chi esercita la potestà/legale rappresentanza - sul c.c.p. 72513757 intestato ad ASL Pescara S.I.A.N.
- n. 1 fototessera firmata sul retro (firma leggibile) nel caso non vi sia spazio per la nuova data sull'attestato già in possesso

Pescara, li \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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**