

All'Azienda Sanitaria Locale **AV**
Dipartimento di Prevenzione **S.I.A.N.**
C/so Vittorio Veneto , 247
83035 Grottaminarda (AV)

Oggetto: **RICHIESTA** iscrizione corso di formazione per alimentaristi.

☐ **RILASCIO**

☐ **RINNOVO**

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ e residente _____

alla via _____ tel _____

Cell _____ scadenza precedente attestato _____

CHIEDE

di partecipare al 1° Corso utile di formazione per alimentaristi.

Dichiara a tal fine di svolgere la seguente mansione _____ e chiede,
pertanto, di essere inserito nei corsi per:

() - alimentarista di livello di **rischio 1** : es. baristi, fornai ed addetti alla produzione di pizze e similari; addetti alla vendita di alimenti sfusi e generi alimentari incluso ortofrutta; addetti somministrazione, porzionamento pasti in strutture socio-assistenziali e scolastiche;

CORSO DELLA DURATA DI 4 ORE VALIDITA' TRIENNALE/RILASCIO (40,00 €) / RINNOVO: 3 ORE (40,00 €);

() - alimentarista di livello di **rischio 2** : es. cuochi (ristorazione collettive, scolastica, aziendale, ristoranti e affini, etc.); pasticceri; gelatieri (produzione); addetti gastronomia (produzione e vendita); addetti produzione pasta fresca; addetti lavorazione latte e formaggi; addetti macellazione, sezionamento, lavorazione, trasformazione e vendita di carni, pesce e molluschi; addetti produzione ovoprodotti;

CORSO DELLA DURATA DI 8 ORE VALIDITA' TRIENNALE/RILASCIO (80,00 €)/RINNOVO: 3 ORE (40,00 €);

() - responsabile di industria alimentare;

CORSO DELLA DURATA DI 12 ORE VALIDITA' TRIENNALE/RILASCIO (120,00 €) / RINNOVO: 6 ORE (80,00 €).

Firma

Si attesta che il signor _____ nato a _____

il _____ e residente in _____

alla via _____ è stato prenotato per il primo corso utile

A tal fine comunica il proprio recapito telefonico _____

Data _____

Timbro ASL AV

€ _____ :

- pagamento dei diritti sanitari a favore della ASL, come stabilito dalla Regione Campania tramite Pago PA da effettuarsi sul sito www.aslavellino.it (come fare per Pago PA-procedi per pagare <https://mypay.regione.campania.it>- ALTRE TIPOLOGIE DI PAGAMENTO-ENTE ASL AVELLINO-TARIFFE – SIAN- PROCEDI).
- **CAUSALE: CORSI PER ALIMENTARISTI**

Con la sottoscrizione del presente modulo il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e succ. mod. e int., la struttura in indirizzo al trattamento dei propri dati al fine dell'erogazione della prestazione richiesta.