



REGIONE CALABRIA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA

Via Dante Alighieri - 89900 Vibo Valentia - Part. IVA 02866420793

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

**U.O. DI IGIENE DELLA NUTRIZIONE
VIA CARMINE – VIBO VALENTIA
RESP DR. F. CARNOVALE TEL 0963/962541
TEL E FAX SEGRETERIA 0963/962534**

DOMANDA D'ISCRIZIONE CORSI DI FORMAZIONE E DI AGGIORNAMENTO PER ALIMENTARISTI (O.S.A.)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV _____ VIA _____ N _____ N. TEL _____

OPERATORE DEL SETTORE ALIMENTARE ADDETTO ALLA MANSIONE DI _____

CHIEDE

DI ISCRIVERSI AI CORSI DI FORMAZIONE O DI AGGIORNAMENTO PER GLI ALIMENTARISTI,
ORGANIZZATI DA CODESTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE IN ESECUZIONE AL DECRETO
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE –REGIONE CALABRIA - N. 21667 DEL 01.12.2009.

DI CATEGORIA (A) RISCHIO ELEVATO DI N. ORE OTTO

DI CATEGORIA (B) RISCHIO MEDIO DI N. ORE SEI

DI CATEGORIA (C) DI AGGIORNAMENTO DI N. ORE QUATTRO

MODALITA' DI ISCRIZIONE

- DOMANDA DI ISCRIZIONE IN CARTA SEMPLICE
- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO
- COPIA RICEVUTA VERSAMENTO SUL C/C N. 84905397, INTESTATO A : A.S.P. DI VIBO VALENTIA, CON CAUSALE : PARTECIPAZIONE CORSO FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI DI :

EURO : 40,00 PER LA CAT. A ----- EURO 25,00 PER LA CAT. B -----EURO 15,00 PER LA CAT. C

LA DOCUMENTAZIONE DOVRA' PERVENIRE ALLA SEGRETERIA DELL'U.O. DI IGIENE DELLA
NUTRIZIONE DI VIA CARMINE VIBO VALENTIA O ESSERE INVIATA VIA POSTA O TRAMITE FAX

AL N. FAX 0963/962534

PER L'ISCRIZIONE AI CORSI DI AGGIORNAMENTO SI RICHIEDE LA FOTOCOPIA DELL'ATTESTATO
DI FORMAZIONE GIA' IN POSSESSO.

IL SOTTOSCRITTO _____

CONSAPEVOLE DELLE DICHIARAZIONI ATTESTATE ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO AL
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS. N. 196/2003

DATA _____ FIRMA _____