

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI
IGIENE DEGLI ALIMENTI PER GLI ADDETTI AL SETTORE ALIMENTARE
AI FINI DEL RILASCIO DEL RELATIVO ATTESTATO**

(EX ART. 210 DELLA L. R. 6/05, COME MODIFICATA ED INTEGRATA DALLA L. R. 33/05)

Matr. n. _____

Al Signor **Responsabile del SIAN**
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Dipartimento di Prevenzione
Azienda Sanitaria Locale
CHIETI

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a _____ il _____ e residente a _____

Via/località _____ n. _____, codice fiscale: _____

Telefono: _____ Fax: _____ Cellulare: _____

[] Titolare [] Gestore [] Dipendente della Ditta _____

con sede in _____ Via _____ n. _____

ch i e d e,

ai sensi dell'art. 210 della L. R. n. 6/05 e s. m. e i., di essere ammesso alle procedure di valutazione finalizzate al RILASCIO dell'attestato di idoneità a svolgere una delle seguenti mansioni (barrare la voce che interessa):

- Addetti alle gastronomie (produzione e vendita)
- Addetti all'industria conserviera
- Addetti alla lavorazione del latte e dei formaggi
- Addetti alla macellazione, sezionamento, lavorazione, trasformazione e vendita (con laboratorio cibi pronti) delle carni, del pesce e dei molluschi
- Addetti alla produzione di ovoprodotti
- Addetti alla produzione di pasta
- Addetti alla produzione e lavorazione delle bevande, dei vini, degli oli e delle relative mescite
- Addetti alla vendita di alimenti sfusi
- Addetti alla vendita di ortofruttili
- Baristi
- Camerieri
- Cuochi (ristorazione collettiva, scolastica, aziendale, centri di produzione pasti, ristoranti, rosticcerie e affini)
- Fornai e addetti alla produzione di pizze e analoghi
- Gelatai
- Pasticcieri
- Personale addetto alla somministrazione/porzionamento dei pasti nelle strutture scolastiche e socio-assistenziali
- Personale ausiliario di cucina
- Salumieri

Allega alla presente:

- > due fotografie formato tessera, di cui una autenticata nei termini di legge;
- > attestazione di versamento dei diritti sanitari, pari a € 40,00, a mezzo di c.c.p. n° 71565261 intestato a: **ASL CHIETI - SIAN - Formazione alimentaristi - Serv. Tes.**
Via Nicolini, 10 - 66100 Chieti
indicando nella causale di versamento: "formazione alimentaristi".

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto, in accordo con la normativa vigente, acconsente che i dati riportati sulla presente domanda vengano utilizzati solo ai fini dell'espletamento della pratica in corso.

Data _____

Firma _____