



Regione Siciliana
Assessorato Salute



Servizio Igiene Alimenti e
Nutrizione ASP Palermo
Email uoc.sian@asppalermo.org

Al Direttore del SIAN dell'ASP di Palermo

CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI CELIACHIA RIVOLTO A RISTORATORI E ALBERGATORI
Legge 4 luglio 2005 n. 123 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia"

SCHEDA RICHIESTA ISCRIZIONE

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ Data di
nascita _____ Codice fiscale _____
Indirizzo _____ Città _____
Cell. _____ Tel.Lavoro _____
e-mail _____
Denominazione Struttura di lavoro _____
Tipologia (scuola, RSA, ristorante, bar, stabilimento balneare, gelateria, pizzeria etc.) _____
Ruolo (cuoco, aiuto cuoco, OSS, cameriere etc.) _____

CHIEDO

di essere inserito nei corsi da voi programmati e resto in attesa di vostra comunicazione circa la data di effettuazione.

ALL'EGA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (ART. 47 DFL d.p.r. N. 445.2000) e
copia del documento di identità in corso di validità, dove dichiara di esonerare l'Asp di Palermo e l'Istituto Alberghiero
dalle responsabilità civili verso terzi e contro gli infortuni sul lavoro con assicurazione presso l'INAIL, stante la gratuità
dell'offerta formativa nonché la richiesta su base volontaria da parte degli stessi

Ai sensi del d.lgs 196 2003 il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche
con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa
e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dalla legge.

DATA _____

FIRMA _____