

**Richiesta attivazione corso di formazione/aggiornamento per gli operatori della ristorazione collettiva in relazione alla preparazione, somministrazione e vendita di alimenti per soggetti allergici e/o con intolleranze alimentari con particolare riferimento alla malattia celiaca.
(Legge 123/05 e DGR Campania 2163/07)**

Al Dipartimento di Prevenzione/SIAN
dell'ASL di _____

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ PV (____) via _____

Cap _____ tel _____ e-mail _____

Azienda _____

Indirizzo _____

CHIEDE

di attivare il corso di formazione/aggiornamento obbligatorio per il personale addetto.

Inviare il modulo compilato in tutte le sue parti via mail a: siaen@pec.aslnapoli3sud.it
Per informazioni: 081/8490157

Luogo e Data

Il Richiedente

Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi dell'art .13 del Dlgs 30 giugno 2003 n. 196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati anche con gli strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.